

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

MARÍA ALEJANDRA MONTERROSO SOBERANIS

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública
con Énfasis en Epidemiología
Para obtener el grado de
Maestra en Salud Pública
con Énfasis en Epidemiología

Enero 2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): María Alejandra Monterroso Soberanis

Carné Universitario No.: 200311046


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en **Salud Pública con Énfasis en Epidemiología**, el trabajo de TESIS **ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**.

Que fue asesorado: Dr. Nehemías Cael Güox MSc.

Y revisado por: Dra. Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2017**.

Guatemala, 24 de noviembre de 2016



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.

Director

Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.

Coordinador General

Programa de Maestrías y Especialidades

/lamo

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col No. 345 - Humanidades
Docencia - Letras - Lingüística del Castellano.

Guatemala, 20 de octubre de 2,016.

Universidad de San Carlos de Guatemala,
Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Estudios de Postgrado.

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo-a y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en Letras y formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto del proyecto de graduación de:

MARÍA ALEJANDRA MONTERROSO SOBERANIS

El cual lleva el título de:

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

La candidata debe presentar el trabajo corregido acompañado del original.

Atentamente,


Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
DIRECTOR



MA. Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado No. 345
Letras - Lingüística

Servicios: Tesis - Documentos técnicos - USAC - URL - Lingüística - Especialidades -
Fundeu/CEDDET - RAE - Redacción - Ortografía - RRHH - RRPP.

Guatemala, 21 de abril 2016

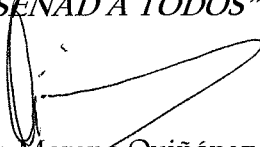
Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Ruiz:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentando por la estudiante, **María Alejandra Moterroso Soberanis**, carné: **200311046**, titulado **“Accesibilidad a los servicios de salud”**. El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

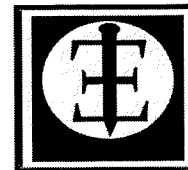


Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Profesor Área de Investigación
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 29 de enero 2015.

Doctor
Alfredo Moreno Quiñónez
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Su Despacho

Distinguido Dr. Moreno:

Atentamente me dirijo a usted, en atención lo relacionado con su solicitud de revisión el Informe Final de Tesis de la estudiante Alejandra Monterroso, titulado "*Accesibilidad a los servicios de salud*", para que emita dictamen en calidad de revisora.

Me complace informarle que he revisado el documento en donde la estudiante ha cumplido con los requerimientos señalados, así como, con la rigurosidad del método científico, por lo que me satisface emitir un dictamen favorable. En atención a lo anterior, la estudiante mencionada puede iniciar sus gestiones para someterse al examen de graduación.

De antemano, le agradezco la atención a la presente. Deferentemente,

Dra. Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte

REVISORA

Profesora del Área de Gestión Social de la Salud
Maestría en Ciencias en Salud Pública

C.c. Archivo, interesada.

Ciudad de Guatemala, 5 de Septiembre de 2016

Doctor

Alfredo Moreno Quiñonez

Coordinador

Maestría en Ciencias en Salud Pública


Presente

Respetable Dr. Moreno:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta la Doctora **MARÍA ALEJANDRA MONTERROSO SOBERANIS**, carné 200311046, de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Epidemiología, el cual se titula "**ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**".

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. **Monterroso Soberanis**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dr. Nehemías Calel Güox
Pediatra
Colegiado No. 11344

Dr. Nehemías Calel Güox, MSc.

Asesor de Tesis

AGRADECIMIENTOS

A:

Dios	Por la bendiciones recibidas hasta hoy, porque éste logro es gracias a Él.
El Señor de Esquipulas	Por las bendiciones y favores concedidos.
La Virgen	Por su intercesión y bendición.
Mi padre	Juan Francisco Monterroso García (†), por ser mi héroe, mi apoyo incondicional, porque cada día me animaba a esforzarme. Porque aunque ya no esté con nosotros, vive entre nosotros, y por eso dedico éste esfuerzo a su memoria. Siempre te amaré papi.
Mi madre	Thelma Marina Soberanis Aguilar, por ser mi ejemplo, mi apoyo incondicional; mi sustento, por ayudarme a culminar este proceso. La amo mami.
Mi esposo	Victor Antonio, por ser mi complemento, mi apoyo incondicional, por su compañía y ayuda en las noches de desvelo, por animarme a esforzarme y culminar el proceso. Lo amo cielo.
Mis hijos	Juan Sebastian y María Cristina, por ser mi mayor motivación para seguir adelante, por su amor y sus sonrisas. Los amo.
Mis hermanos	María de la Luz, Flor de María y Juan Francisco, por su amor y su apoyo. Los amo.
Mis compañeros de promoción	Por el cariño, la convivencia y sus aportes de conocimiento. En especial a mis amigas Karina y Laura.
Mis maestros	Dra. Cizel Zea, Licda. Claudia Calvillo, Dr. Joel Sical, Dr. Bolívar Díaz y Dr. Alfredo Moreno, por sus enseñanzas y exigencias. Son admirables.
Mi asesor	Dr. Nehemías Calel, por su tiempo y dedicación. Es un excelente profesional.
Municipalidad de San José Pinula	En especial al alcalde, Sr. Miguel Ángel Solares.
U.D. Salud Pública III	Por el apoyo que me brindaron durante el segundo año de la Maestría.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

<i>Contenido</i>	<i>Página</i>
Introducción	1
Capítulo 1. Marco Teórico	3
Capítulo 2. Justificación	15
Capítulo 3. Objetivos	18
Capítulo 4. Material y Métodos	19
Capítulo 5. Resultados	31
Capítulo 6. Discusión	46
Conclusiones	56
Recomendaciones	58
Referencias bibliográficas	59
Anexos	71

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla</i>	<i>Página</i>
Tabla 1 Características sociodemográficas de los usuarios de los servicios de salud, según aldea.	32
Tabla 2 Características geográficas de la accesibilidad, según aldea.	34
Tabla 3 Características económicas de la accesibilidad, según aldea.	36
Tabla 4 Características culturales de la accesibilidad, según aldea	39
Tabla 5 Características administrativas de la accesibilidad, según aldea.	43

RESUMEN

La accesibilidad a los servicios de salud constituye un factor mediador entre la capacidad de producirlos y el consumo real de dichos servicios; es el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos de atención a la salud. El **objetivo** del estudio fue determinar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud en pobladores del municipio de San José Pinula. Se utilizó la **metodología** correspondiente a un estudio descriptivo, observacional, se definió una muestra de 385 sujetos de estudio, con nivel de confianza del 95%, se aplicó un cuestionario que contenía 34 preguntas que evaluaron las características sociodemográficas, geográficas, económicas, culturales y administrativas de la accesibilidad; con los datos obtenidos se realizó análisis estadístico univariado. Los **resultados** permitieron determinar que el 83.12% de los participantes usuarios son mujeres, la edad promedio fue de 34.5 años, 77.14% amas de casa y el 76.62, católico; de las características que influyeron en la accesibilidad: al menos el 80% presentó alguna limitación de tipo geográfico, el 90% de tipo económico, el 5% y 28% mala y regular, de tipo cultural respectivamente, al menos, el 70% es de tipo administrativo. **Conclusiones:** el análisis de los resultados del estudio permite concluir que las características geográficas, económicas, culturales y administrativas que determinan la accesibilidad a los servicios de salud, constituyen una barrera a la misma en la mayoría de los usuarios, a pesar de no contar con estudios referenciales a nivel nacional, los resultados, en su mayoría, fueron compatibles con los realizados en países desarrollados.

INTRODUCCIÓN

Para la salud pública, la accesibilidad a los servicios de salud es elemento fundamental del derecho a la salud, que busca una atención en salud oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria. Sin embargo, en muchos países, especialmente aquellos en vías de desarrollo, millones de pobladores no tienen accesibilidad a los servicios de salud, debido a que no tienen acceso o porque no cuentan con la capacidad para costearlos o, bien, el hacerlo los empuja hacia la pobreza extrema. (1,2)

Para la Organización Mundial de la Salud -OMS-, la accesibilidad a un servicio de salud, es cuando éste queda a menos de sesenta minutos de viaje, también, definida como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población, inexistencia de discriminación económica, cultural, religiosa, social, racial, de sexo, entre otras; puede considerarse como el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud. (3-5)

La inaccesibilidad a los servicios de salud, se refiere a que los servicios de salud no se encuentran disponibles en el momento y lugar que el paciente los necesita, entre las barreras que le dificultan al acceso de los servicios de salud se mencionan: las geográficas, económicas, administrativas y las culturales. (6, 7)

Según el Banco Mundial, para el 2008, el 40% de la población no tenía acceso a los servicios de salud. Se reporta que alrededor del mundo, la accesibilidad a los servicios de salud, es un problema de pobreza extrema. (8, 9)

En países europeos el 78.3% de las personas tiene acceso a los servicios de salud, mientras que en la mayoría de los países de América, grandes sectores siguen sin tener acceso real a estos servicios, tal es el caso de Colombia, Perú, México y otras regiones de América latina y El Caribe. En regiones de Guatemala, los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de salud de la población local. (10-15)

Ante el panorama de la inaccesibilidad a los servicios de salud en el mundo y Guatemala, se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional cuyo objetivo general era determinar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud en pobladores del municipio de San José Pinula.

Los sujetos de estudio fueron 385 usuarios de los servicios de salud en diez aldeas del municipio, a quienes se realizó una encuesta para determinar las características geográficas, económicas, culturales y administrativas de la accesibilidad. Los resultados demostraron que al menos el 80% de los usuarios presenta alguna limitación de tipo geográfico, el 90% de tipo económico, el 5% y 28% mala y regular de tipo cultural, respectivamente, y el 70% en de tipo administrativo. Concluimos que las características geográficas, económicas, culturales y administrativas que determinan la accesibilidad a los servicios de salud, muestran una barrera a la misma para la mayoría de los usuarios.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. Fundamentación

Para fines del desarrollo del presente estudio se utilizará la:

Teoría de Sistemas

La primera propuesta de la Teoría General de Sistemas la presentó el biólogo Ludwin von Bertalanffy en 1936, los conceptos propuestos se pueden resumir en la existencia de modelos, principios y leyes que se pueden generalizar en varios sistemas, sus componentes y las relaciones entre ellos. La integración y la separación son dos aspectos fundamentales de la misma realidad.

Las características aplicables a cualquier sistema son:

- Interrelación entre sus componentes.
- Orden jerárquico.
- Las partes del sistema no son iguales al todo.
- Los límites son artificiales.
- Pueden ser abiertos o cerrados.
- Cada sistema consta de entradas, procesos, salidas y ciclos de retroalimentación.
- Las fuerzas tienden a ser contrarias para mantener el equilibrio.
- Entropía.

Los sistemas cerrados son independientes al ambiente y permiten el análisis de problemas respecto de su estructura. Los sistemas abiertos se caracterizan por la combinación de partes con relaciones interdependientes. (16,17)

Las explicaciones de las organizaciones de las cosas constituyeron elementos fundamentales de las primeras conceptualizaciones sobre los sistemas. Al nacer la visión orgánica de los seres vivos, en la que las partes dejaron de ser aisladas y se interrelacionan y forman un todo, generando así la posibilidad de explicar procesos y funciones que no eran observables; fue el punto de partida de lo que, posteriormente, fue llamada la Teoría de sistemas.

La caracterización de la teoría de sistemas es una perspectiva holística e integradora, dándole importancia a las relaciones y los conjuntos que emergen de ellas. (18,19)

Dentro de las aplicaciones de esta teoría caben mencionar las siguientes: (20)

- Metodología del diseño para la resolución de problemas, tomando en cuenta la mayoría de aspectos involucrados en el impacto y decisiones.
- Marco de trabajo conceptual común, valiéndose de las características comunes de los diferentes campos.
- Nueva clase de método científico para ser aplicado en diversos procesos.
- Teoría de organizaciones, al considerar a la organización como un todo.
- Dirección por sistemas para considerar la complejidad e interdependencia de las grandes organizaciones.

Según George Ritzer, en su libro “Teoría Sociológica Moderna”, dentro de las ventajas de la Teoría de sistemas se pueden considerar las siguientes: es aplicable a todas las ciencias ya que ofrece un vocabulario que las unifica; incluye varios niveles de análisis aplicables a aspectos macro y micro. Como desventaja puede considerarse su complejidad, que la hace una teoría con mayor grado de dificultad para su manejo. (21)

En la actualidad, el estudio de los servicios de salud es adecuado para la utilización de la Teoría de Sistemas para entenderlos y administrarlos; se partirá de la clasificación de Donabedian, quien en 1966 establece las dimensiones de los servicios de salud como estructura, procesos y resultados y sus indicadores para evaluarlos. (22-24)

La dimensión teórica de la calidad de la atención de Donabedian, es una construcción conceptual y metodológica. Las variables del modelo teórico que define la calidad como propiedad son: beneficios, riesgos y costos, que se relacionan en un modelo unificador. (24)

La estructura de la atención médica se refiere al medio en el cual se presta la atención médica como tal y los mecanismos que influyen en ella; resume la forma en que son definidos y la forma de operar de los servicios de salud. Dentro de sus elementos cabe mencionar al personal, los establecimientos, el equipo, la organización y los sistemas de información y, financiamiento; todos estos elementos han sido el punto de partida para la evaluación de la atención médica.

El proceso de atención médica se refiere a la parte que evalúa el ejercicio de la medicina y la conducta de los pacientes, incluyendo el reconocimiento del problema, el diagnóstico, tratamiento, manejo particular de casos y la reevaluación. En cuanto a la conducta del

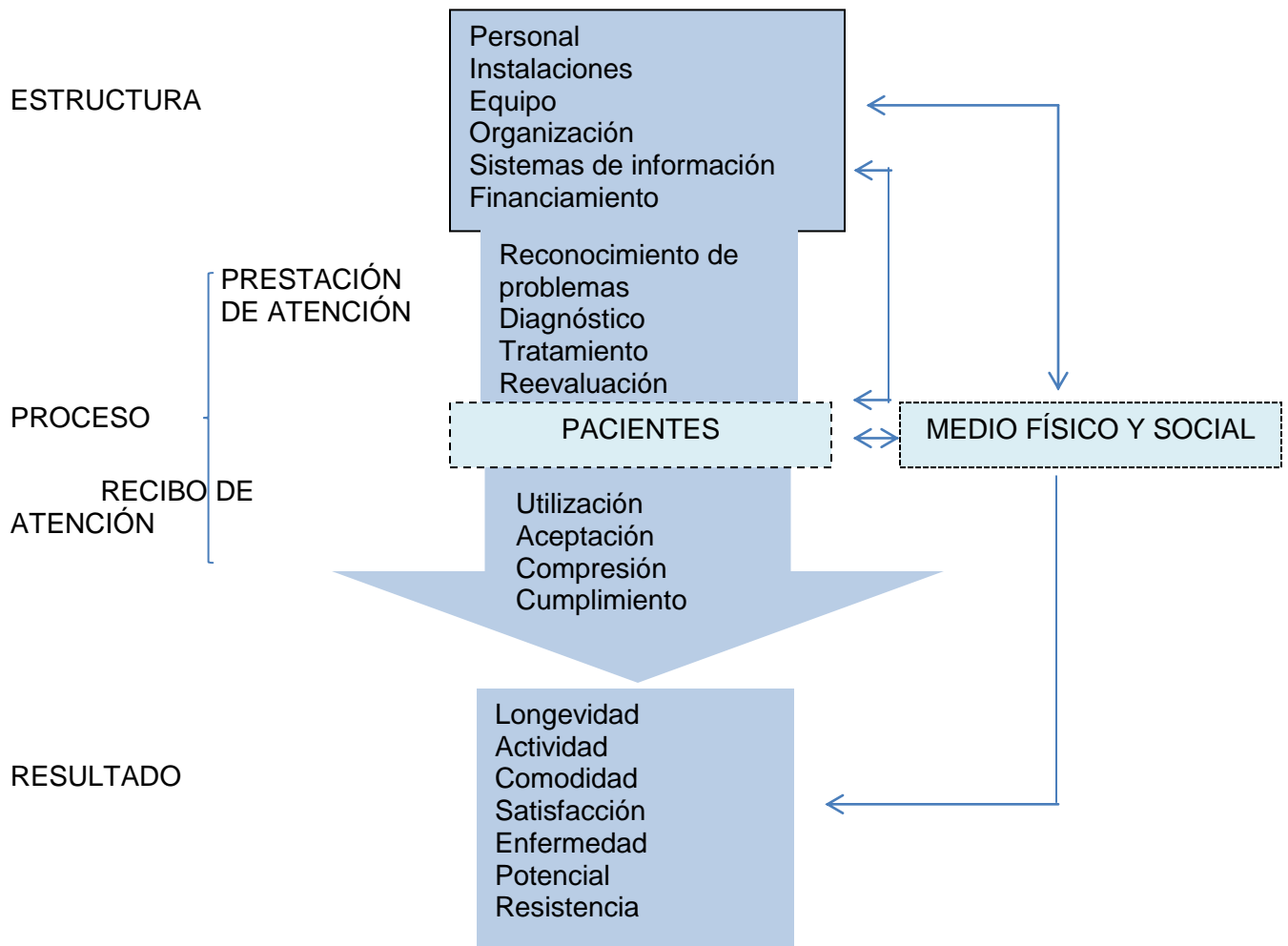
paciente se evalúa la búsqueda o no de la atención y la puesta en práctica de las recomendaciones ofrecidas.

Los resultados de la atención médica consisten en evaluar la eficacia y eficiencia de la atención médica sobre el efecto para la salud de los pacientes. El resultado depende del tiempo que transcurre entre la fecha del primer contacto entre el médico y el paciente y la fecha en la que se determina el resultado esperado. Es una dimensión interpersonal que permite incorporar elementos relacionados con la contribución del paciente, así como corregir la práctica médica. (23,24)

Hace poco tiempo, el énfasis era en la estructura y en los aspectos de regulación, acreditación, certificación y licencia; actualmente, los procesos tienen mayores intereses que garantizan la seguridad de las intervenciones de atención médica y la evaluación de las tecnologías, la atención protocolizada y el uso de indicadores que midan la productividad de los servicios. Referente a los resultados, el estado de salud abarca, también, el funcionamiento emocional y social, además del físico, considerando importante prolongar la vida, su calidad, disminuyendo las incapacidades con la finalidad que el paciente vuelva a su funcionalidad personal y social. (25)

Figura 1

Dinámica de la relación de los elementos del Sistema de Atención de Salud



Fuente: Starfield Barbara. Investigación de servicios de salud: un modelo práctico. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Organización Panamericana de la Salud 1992.

1. 2. Marco conceptual

Acceso en salud: es la capacidad para buscar y obtener atención. (6, 26-28)

Disponibilidad en salud: se refiere a la presencia física de los recursos para la salud.

Resistencia en salud: es el conjunto de obstáculos en la búsqueda de la atención de la salud.

Disponibilidad efectiva en salud: Es la disponibilidad corregida, según la resistencia que se opone a búsqueda y obtención de los servicios. (5, 26-28)

Características sociodemográficas: particularidades personales como edad en años, sexo, religión y ocupación de los usuarios de los servicios de salud. (29)

Accesibilidad en salud: es la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. (4, 5, 28-32)

Accesibilidad a los servicios de salud: es el grado en que las personas pueden acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades. (28-33)

Accesibilidad geográfica: es el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características representadas por la distancia, tiempo y barreras naturales o construidas por el hombre que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud, según la perspectiva de los usuarios. (33-40)

Accesibilidad económica: es el grado de acceso a los servicios de salud, respecto de las características representadas por la situación socioeconómica de los usuarios, tales como el costo de transporte, tratamientos y exámenes que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud. (33, 41-44)

Accesibilidad cultural: es el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características referentes a las preferencias, creencias, costumbres y prácticas de los usuarios y prestadores de los servicios de salud que influyen en la accesibilidad. (33, 45, 46)

Accesibilidad administrativa: es el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características de tipo organizacional-institucional y de infraestructura de los servicios de salud que influyen en la accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios.
(33, 42, 43, 47)

1.3. Marco referencial

Estudios sobre accesibilidad a los servicios de salud

En el mundo

Durante los años 2005-06, el Observatorio europeo de acceso a los servicios de salud de médicos del mundo, realizó un estudio estadístico simultáneo en siete países de Europa (Bélgica, España, Francia, Grecia, Italia, Portugal, y Reino Unido) titulado “Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular”, con la finalidad de identificar las condiciones que determinan la importancia de la necesidad del acceso efectivo a la prevención y a los servicios de salud, en el que el 78.3% de los participantes tuvo acceso a los servicios de salud. (10)

En América Latina y El Caribe

En 1993, Garrocho realizó un estudio titulado “Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México”, con la finalidad de analizar la accesibilidad a los servicios de salud en el Estado de México y de definir, operativamente, el índice de accesibilidad a los servicios de salud, determinó que más del 30% de la población se encontraba en franca desventaja. (37)

En 1998, Paganini realizó un estudio en América Latina y El Caribe titulado “La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe”, con el fin de analizar la cobertura sanitaria con base en la oferta de los servicios a la población en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas; encontrando que el 50% de la población se encontraba sin cobertura sanitaria. (14)

Durante el año 2001, Mendoza-Sassi y Bérla, realizaron el estudio “Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados”, con la finalidad de estudiar cuales son los factores más importantes y consistentes de la accesibilidad, encontrando que son factores demográficos, socioeconómicos y de los servicios de salud. (48)

En el año 2006, Comes realizó el estudio “El concepto de la accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios” con el propósito de enmarcar una línea de investigación en sistemas de servicios de salud. El proyecto indagó la accesibilidad y dignidad en la atención de usuarios de servicios de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Concluyó que pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.(4)

En el año 2007, Mejía-Mejía y colaboradores, realizaron el estudio “Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia” con el objetivo de analizar la equidad en el acceso a servicios de salud así como sus principales determinantes. Encontraron que las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud, se evidencian inequidades entre afiliados y no afiliados y existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventiva que favorece los de mejor situación económica. (12)

En el año 2007, Chávez y León realizaron el estudio “Accesibilidad y uso de los servicios de salud en la población adulta mayor de Costa Rica” para determinar la accesibilidad y uso de los servicios de salud en las personas mayores de sesenta y cinco años quienes utilizan en mayor proporción los servicios de salud. Evidenciaron altos porcentajes de acceso a servicios de salud por parte de la población adulta mayor, en el reporte de los tiempos de traslado y de espera para ser atendido, (32 minutos el promedio de traslado y 72 minutos el promedio de espera), reportan una cobertura global para el año 2006 del 90% para esta población, la cual era de 87.3% en el año 2004. (49)

Vargas y Molina, realizaron el estudio “Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias” para comprender las características del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, en el año 2009, los hallazgos señalan que el aseguramiento no garantiza el acceso efectivo a los servicios. (50)

En el 2009, Moreno y colaboradores, realizaron la investigación “Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia” para describir las apreciaciones sobre los atributos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el distrito de Agua Blanca, en la ciudad de Cali y la comuna Villa Santana del municipio de Pereira. El 75,1% de los usuarios declararon que no se dio solución a sus necesidades de salud. (51)

En el año 2014, Figueroa y Cavalcanti, realizaron el estudio “Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia” en veinte unidades básicas de salud de la familia, para evaluar la accesibilidad a la atención primaria de salud de la población adscrita del municipio de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Encontrando que El 91.6% de los usuarios debía caminar para llegar a los servicios, y, entre el 23-35% calificó los indicadores de accesibilidad definidos en el estudio como insuficientes. (52)

En Guatemala

En el 2007, Hawtecoeur, Zunzunegui y Vissandjee realizaron el estudio “Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala” con el objetivo de identificar y documentar las barreras de acceso a los servicios de salud en la población de Rabinal. Encontrando que los servicios de salud no son adecuados ni suficientes para responder a las necesidades de la población local. (15)

Estudios sobre accesibilidad geográfica a los servicios de salud

En 1994, Basoa y Otero, realizaron el estudio descriptivo “Accesibilidad geográfica de los centros de salud y planteamiento urbanístico en Fuenlabrada (Madrid)” con la finalidad de definir la accesibilidad geográfica de seis zonas básicas de salud respecto de la distancia entre la residencia de los usuarios y los centros de atención primaria. La distancia media fue de 910 metros en función de las mediciones realizadas, resultó que en 3 zonas se observa una accesibilidad óptima, en 2 zonas una accesibilidad buena y, en la restante, una mala accesibilidad. (53)

Escalona y Díez en 2002, realizaron la investigación “Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la Provincia de Teruel” para determinar la accesibilidad cotidiana a los servicios relacionados con la salud de las poblaciones rurales. Evidenciando una buena accesibilidad (97%) a los servicios de salud. (38)

De Pietri y colaboradores, durante el año 2002, realizaron el estudio “Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de salud pública” con la finalidad de analizar a través de indicadores geográficos la relación entre la población vulnerable por factores socioeconómicos y su accesibilidad a los centros de atención primaria de la salud. La información resultante ayudó a identificar que las inequidades en la atención de salud derivan de factores tales como el nivel socioeconómico y la ubicación geográfica. (54)

En 2004, Vásquez realizó la tesis “Accesibilidad geográfica de los servicios de medicina preventiva en Ciudad Victoria Tamaulipas” para determinar la accesibilidad geográfica de los servicios, mediante la medición del tiempo que tarda la población en llegar a las unidades de servicio. Evidenciando que el tiempo de transporte en automóvil de 8.6 minutos y en autobús de 24.8 minutos. (55)

Unal, Chen y Waldof, realizaron el estudio “Spatial accessibility of health care in Indiana” el año 2007, con el propósito de determinar el acceso espacial a los servicios de salud en las zonas rurales y periféricas. Encontrando que la accesibilidad y la ruralidad tienen una fuerte asociación negativa (56)

Miquel y colaboradores realizaron el estudio “Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica” en el año 2008 para describir la oferta de los servicios de salud de Cataluña como parte del análisis de la situación del mapa sanitario. Encontrando que como norma general, los recursos tienden a concentrarse en las grandes zonas urbanas, y, el 99.3% de la población estaba comprendida entre 0 a 5 km. (40)

Durante el año 2009, USAID realizó el estudio “Guatemala, estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar” en tres departamentos de Totonicapán, Sololá, y Jutiapa. Utilizando herramientas de información geográfica y bases de datos primarias para identificar y cuantificar las variables claves que causan la falta de equidad en el

acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Encontrando barreras culturales, físicas y operacionales. (57)

En el año 2010, Villanueva propuso el trabajo “Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén” cuya finalidad fue el aporte de conocimiento a la temática de accesibilidad geográfica por parte de la población a los equipamientos comunitarios de salud y educación; como también analizar las desigualdades espaciales y la distribución territorial de las mismas en las ciudades. Encontrando que no se cuenta con un servicio a menos de 500mt. (39)

En el año 2013, el Banco de la República de Colombia con el fin de evaluar los avances en la accesibilidad geográfica en “Accesibilidad geográfica y equidad en la prestación del servicio de salud: un estudio de caso para Barranquilla” que evalúa los avances en la accesibilidad geográfica y la equidad en la prestación del servicio de salud. Encontrando avances significativos entre 2008 y 2013 de 3 km de distancia a 1.7 km. (41)

Estudios sobre accesibilidad económica a los servicios de salud

Arredondo en 1999, realizó el estudio “Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios” con el objetivo de analizar los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA-II), en lo relativo a los costos del proceso de búsqueda y obtención de la atención médica ambulatoria en diferentes instituciones del sector público y privado. Encontrando que el costo promedio fue de \$22.70. (44)

Pearson (2012), en su estudio “Sostenibilidad y accesibilidad de los sistemas de salud” reporta que las políticas que alcanzaron las medidas de consolidación fiscal, pueden dividirse en aquellas que apuntaron al precio de los bienes y servicios sanitarios (especialmente, los fármacos y los salarios); aquellas que trataron de reducir la demanda de servicios sanitarios (copagos); y aquellas que tratan de promover una reforma estructural para prestar servicios a un costo medio más bajo. (43)

Estudios sobre accesibilidad cultural a los servicios de salud

Flores, en el año 2012, en la ciudad de Costa Rica, realizó el estudio “Gestión de la accesibilidad y derecho a las salud” para determinar el papel de la gestión para mejorar el acceso, concluyendo que para lograr las mejoras en el acceso, es preciso comprender que quienes prestan la atención directa a los usuarios y los propios pacientes, son elementos clave a considerar en la dinámica de la atención y esto requiere a su vez del compromiso de las autoridades sanitarias, considerando el derecho a la salud como un tema transversal de las intervenciones destinadas a incrementar el acceso a los servicios. (47)

En Perú, en el año 2005, Seclén-Palacin y Darras, publicaron el estudio “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y accesibilidad asociados” cuyo objetivo fue analizar el nivel de satisfacción de los usuarios de establecimientos del Ministerio de Salud. Encontrando que la satisfacción de los usuarios fue 68,1% y 62,1% para los centros de salud y hospitales, respectivamente. (29)

Estudios sobre accesibilidad administrativa a los servicios de salud

En el 2004, López y Aguilar, realizaron el estudio “Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México” con el propósito de analizar la distribución de los servicios de salud pública que cada institución de seguridad social ofrece en los municipios periféricos metropolitanos. Encontrando que hay una desigual distribución de los recursos de salud, tanto humanos como materiales, al igual que un desorden territorial en dicha distribución, ya que existe alta concentración en zonas urbanas. (42)

Flores (2012), en su estudio, “Gestión de la accesibilidad y derecho a las salud”, establece que en la mayoría de países en desarrollo, existen diversos factores internos y externos al sector salud que dan cuenta de las restricciones al acceso a la salud. Algunos de estos factores son variables de orden estructural, tales como las condiciones de acceso de tipo legal o dado por la naturaleza intrínseca de las instituciones que componen el sistema destinado a proteger la salud de las personas en un país determinado. (47)

II. JUSTIFICACIÓN

Según Comes y Stolkiner (2004), el concepto de accesibilidad surge en los años 60, durante la época del desarrollo del campo de la Salud Pública. Definiendo como accesibilidad la relación que existe entre los servicios de salud y la posibilidad o imposibilidad de las personas de accederlos. (58)

La Organización Mundial de la Salud -OMS- define la accesibilidad como la oferta de servicios de salud que sean geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzables, para toda la comunidad; la atención tiene que ser apropiada y adecuada en calidad y cantidad para satisfacer las necesidades de la población y ser provista en medios aceptables para ellos. (59)

Wagstaff (2002) se refiere a la accesibilidad, como, la facilidad con que las personas pueden acceder a los servicios. Considerando en ésta, como aspecto importante el tiempo de viaje, que depende de la distancia que hay que viajar, del sistema de transporte, de la infraestructura viaria y de factores geográficos. Destacando que la distancia es la variable que más aparece en los estudios y que suele tener una gran repercusión en ella. Los pobres están en desventaja, debido a que, generalmente, tienden a viajar más lejos y durante más tiempo con la finalidad de llegar a los servicios de salud. (8)

Cuando se estudia la accesibilidad a los servicios de salud, es importante considerar a los grupos especiales, refiriéndose éstos a los pobres, apuntando a evitar la pobreza relacionada con la salud. Para garantizar servicios de salud accesibles y equitativos se debe tomar en cuenta la infraestructura, disponibilidad de recurso y lograr la satisfacción de los usuarios por la calidad en la atención recibida. (60-62)

La importancia de la accesibilidad a los servicios de salud, a nivel mundial tiene seis vínculos identificables entre las barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud. El primero, establece la salud como condición necesaria para superar la pobreza. El segundo, propone que la disponibilidad de programas bien orientados permite reducir la mortalidad por enfermedades evitables. El tercero, se enfoca al control de la natalidad mediante el acceso a la anticoncepción. El cuarto, la necesidad de garantizar la disponibilidad de servicios de salud en todos los niveles. El quinto, propone la lucha

contra las enfermedades de los pobres. Y el sexto implica un compromiso financiero global. El no tener acceso efectivo a los servicios de salud desestimula la utilización de los mismos. (63)

Para facilitar la accesibilidad a los servicios de salud deben tomarse en cuenta los siguientes factores: la descentralización de los servicios de salud, que consiste en la transferencia de competencias y recursos a los municipios para que asuman la salud; la infraestructura sanitaria; vigilancia en salud pública y programas de salud. (64, 65)

Para medir la accesibilidad es importante definir los siguientes términos; la accesibilidad se refiere a la capacidad de la población de buscar y recibir atención, la disponibilidad se refiere a la presencia física de los recursos para la salud, la resistencia es el conjunto de obstáculos a la búsqueda de la atención de la salud, la disponibilidad efectiva es la disponibilidad corregida, según la resistencia que se opone a búsqueda y obtención de los servicios y, acceso, es la capacidad para buscar y obtener atención; por lo tanto, se puede decir que la accesibilidad se concibe como la disponibilidad efectiva de los recursos ajustada, según el poder de la población para buscar y obtener el servicio; o, bien, que la accesibilidad es directamente proporcional a la disponibilidad de recursos y el poder de la población e, inversamente proporcional a la resistencia. (5)

La conformidad con la accesibilidad de la atención puede ser evaluada en la opinión de los pacientes sobre la disponibilidad de los servicios de salud en el momento y lugar requerido y por la mejoría que los pacientes perciben como resultado de la atención. (6)

Villareal y colaboradores (2000), en su estudio, consideran que la medición de la accesibilidad existe en un contexto social e institucional, por lo tanto, son las organizaciones las responsables de determinar los aspectos que deben incluirse, también toman en cuenta los recursos y no solo las barreras, respondiendo a las prioridades de la institución y los usuarios. (66)

Según el Informe Nacional de Desarrollo Humano (Guatemala 2005), en la década de 1990 el 54% de la población tenía acceso a algún tipo de servicio de salud. Según el Ministerio de Salud Pública y asistencia Social -MSPAS- para el 2004 se había incrementado al 89.7%. (3, 67)

La importancia del estudio que se realizó, fue generar evidencia sobre la situación del acceso a los servicios de salud en el municipio de San José Pinula, para mejorar en la accesibilidad de los mismos y con ello contribuir a mejorar la salud de la población.

III. OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud en los pobladores del municipio de San José Pinula, durante el período comprendido de marzo a junio del año 2014.

ESPECÍFICOS

2. Identificar las características sociodemográficas de los usuarios de los servicios de salud en San José Pinula.
3. Identificar las características geográficas relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud en el municipio de San José Pinula
4. Identificar las características económicas relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud en el municipio de San José Pinula
5. Identificar las características culturales de la accesibilidad a los servicios de salud en el municipio de San José Pinula.
6. Identificar las características administrativas relacionadas con la accesibilidad a los servicios de salud en el municipio de San José Pinula

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de estudio

Descriptivo, prospectivo, transversal, observacional.

2. Población

La población estudiada comprende 10,882 habitantes de aldeas lejanas y de difícil acceso del municipio de San José Pinula: Concepción Pinula, El Colorado, Contreras, El Zapote, Las Nubes, Monte Redondo, El Socorro, El Carmen, Joya de los Cedros y Río Frío.

3. Selección y tamaño de la muestra

Para fines del estudio, se utilizó muestreo por conglomerados de las aldeas: Concepción Pinula (3,405 pobladores), El Colorado (1,661 pobladores), Contreras (1373 pobladores), El Zapote (937 pobladores), Las Nubes (914 pobladores), Monte Redondo (797 pobladores), El Socorro (550 pobladores), El Carmen (533 pobladores), Joya de los Cedros (378 pobladores) y Río Frío (334 pobladores) del municipio de San José Pinula.

La muestra que estudió, se calculó con base en la fórmula para población finita debido a que se conocía el número de unidad de los conglomerados.

$$n = \frac{N z^2 p q}{e^2 (N-1) + z^2 p q}$$

Donde

n= tamaño de muestra

N= total de la población

z²= nivel de confianza al cuadrado (se utilizará 95%)

p= porcentaje de casos a determinar (se utilizará 0.5 porque se desconoce el verdadero porcentaje de casos)

q= complemento de p (q=1-p= 0.5)

e²= máximo error de estimación (se utilizará el 5%)

$$n = \frac{(10,882) (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{0.05^2 (10,882-1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

n= 385

Los conglomerados estaban conformados, proporcionalmente, de la siguiente manera:

No. de Conglomerado	Nombre del Conglomerado	Cantidad
1	Concepción Pinula	121
2	El Colorado	59
3	Contreras	49
4	El Zapote	33
5	Las Nubes	32
6	Monte Redondo	28
7	El Socorro	19
8	El Carmen	18
9	Joya de los Cedros	13
10	Río Frío	12
TOTAL		385

4. Unidad de análisis

Pacientes usuarios de los servicios de salud disponibles en el municipio de San José Pinula

5. Criterios de inclusión

- Toda persona, mujer u hombre de 18 años o más que habite en las aldeas seleccionadas del municipio de San José Pinula.
- Usuarios de los servicios de salud disponibles en el área de estudio.
- Usuario que desee participar de forma voluntaria en el estudio.

6. Criterios de exclusión

- Que habite en aldeas con fácil acceso a los servicios de salud.
- Que esté afiliado al seguro social.

7. Variables estudiadas

- Características sociodemográficas de los usuarios de los servicios de salud.
- Características geográficas de los servicios de salud.

- Características económicas de los servicios de salud.
- Características culturales de los servicios de salud.
- Características administrativas de los servicios de salud.

8. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Características socio-demográficas de los usuarios	Características demográficas de los usuarios relacionados con edad en años, sexo, religión y ocupación de los usuarios de los servicios de salud.	Edad en años	Cuantitativa	De razón
		Sexo <ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Cualitativa	Nominal
		Religión <ul style="list-style-type: none"> - Católica - Evangélica - Otras 	Cualitativa	Nominal
		Ocupación <ul style="list-style-type: none"> - Agricultor - Jornalero - Ama de Casa - Comerciante - Seguridad - Oficinista - Otros 	Cualitativa	Nominal
Características geográficas	Aspectos representados por la distancia, tiempo y barreras naturales o construidas por el hombre que	Distancia recorrida de casa al servicio de salud <ul style="list-style-type: none"> - Menos o igual 1Km - 1-5km - 5-10 km - Más de 10km 	Cuantitativa	De razón

	influyen en la accesibilidad a los servicios de salud, según la perspectiva de los usuarios.	Tiempo que transcurre desde que sale de casa hasta que recibe la atención: <ul style="list-style-type: none"> - 1-30 minutos - 31-60 minutos - 61-90 minutos - 91-120 minutos - Más de 120 minutos 	Cuantitativa	De razón
		Presencia/ausencia de accidentes geográficos: <ul style="list-style-type: none"> - Cuencas hidrográficas - Barranco - Cerro - Cuestas 	Cualitativa	Nominal
		Presencia/ausencia de: <ul style="list-style-type: none"> - Muros perimetrales - Carreteras - Construcciones privadas 	Cualitativa	Nominal
Características económicas	Aspectos representados por la situación socioeconómica de los usuarios tales como el ingreso económico, costo de transporte, tratamientos y exámenes que influyen en la accesibilidad a	Ingreso económico: <ul style="list-style-type: none"> - Menor al salario mínimo (menor Q1,996.24.00 - Salario mínimo (entre Q1,996.25 – Q2,171.75 - Mayor al salario mínimo (más de Q2,171.76) 	Cuantitativa	De razón
		Costo del transporte para llegar al servicio de salud:	Cuantitativa	De razón

	los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Entre Q1.00 – Q5.00 - Entre Q6.00 – Q10.00 - Entre Q11.00– Q15.00 - Más de Q15.00 		
		<p>Forma de adquirir los medicamentos del tratamiento indicado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brindan algunos en el servicio - Compran algunos - Brindan todos en el servicio - Compran todos 	Cualitativa	Nominal
		<p>Costo de los medicamentos indicados en el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo (menos de Q 20.00) - Medio (Q20.00- Q40.00) - Alto (más de Q40.00) 	Cualitativa	Ordinal
		<p>Lugar y forma en que realizan los exámenes complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gratis dentro del servicio de salud - Autofinanciados fuera del servicio de salud 	Cualitativa	Nominal

		<p>Costo que deben pagar por los exámenes complementarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bajo (Menor de Q50.00) - Medio (Q50.00-Q100.00) - Alto (Más de Q100.00) 	Cualitativa	Ordinal
Características culturales	Aspectos referentes a las preferencias, creencias, costumbres y prácticas de los usuarios y prestadores de los servicios de salud que influyen en la accesibilidad.	<p>Preferencia del usuario respecto del sexo del proveedor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femenino - Masculino 	Cualitativa	Nominal
		<p>Modelo de medicina preferido por los usuarios :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médico - Maya 	Cualitativa	Nominal
		<p>Percepción del usuario respecto de la aceptación del prestador en el trato personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala 	Cualitativa	Ordinal
		<p>Percepción del usuario respecto de la aceptación del prestador respecto de sus creencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala 	Cualitativa	Ordinal

		<p>Percepción del usuario respecto de la aceptación del prestador respecto de sus costumbres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala 	Cualitativa	Ordinal
		<p>Aceptación del usuario respecto del trato personal brindado por el prestador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala 	Cualitativa	Ordinal
		<p>Aceptación del usuario respecto a las creencias del prestador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala 	Cualitativa	Ordinal
		<p>Aceptación del usuario respecto de las costumbres del prestador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buena - Regular - Mala 	Cualitativa	Ordinal
Características administrativas	Aspectos de tipo organizacional-institucional y de infraestructura de los servicios de salud que	<p>Horarios de atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 horas - 8 horas - 12 horas - Más de 12 horas 	Cualitativa	Nominal

	influyen en la accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios.	Percepción de los usuarios respecto del horario de atención: <ul style="list-style-type: none"> - Adecuado - No adecuado 	Cualitativa	Nominal
		Tipo y cantidad de personal que prestan servicios de salud: <ul style="list-style-type: none"> - 1 médico y 1 enfermero - Varios médicos y varios enfermeros - 1 enfermero - Varios enfermeros 	Cualitativa	Nominal
		Percepción de los usuarios respecto de la cantidad de prestadores de los servicios de salud: <ul style="list-style-type: none"> - Suficiente - Insuficiente 	Cualitativa	Nominal
		Disponibilidad de equipo básico de atención(esfigmomanómetro, estetoscopio, termómetro, otoscopio) para el recibo de atención <ul style="list-style-type: none"> - Si para cada equipo - No para cada equipo 	Cualitativa	Nominal
		Disponibilidad de instalaciones adecuadas para prestar servicios de salud	Cualitativa	Nominal

		- Si - No		
		Disponibilidad sala de espera en el servicio de salud - Si - No	Cualitativa	Nominal
		Disponibilidad servicio sanitario en el servicio de salud - Si - No	Cualitativa	Nominal

9. Recolección de información

Técnica de recolección

Se utilizó la técnica de la encuesta, la cual consistió en realizar una serie de preguntas, para obtener información sobre las características de la accesibilidad a los servicios de salud, se registró en un cuestionario, para llevarla a cabo se requirieron dos personas, el entrevistado, que fue quien brindó la información y el entrevistador que fue quien condujo la entrevista.

Se consideraron los siguientes aspectos al momento de realizar la encuesta:

- La realización de la encuesta partió de los objetivos del estudio.
- Se facilitó la información necesaria a los informantes previo al inicio, durante y al finalizar la misma.
- El encuestador fue responsable de realizar las entrevistas con la mayor calidad posible, se apegará a las instrucciones consideradas para la aplicación del instrumento de recolección de datos.
- La aplicación del cuestionario se realizó garantizando un clima de calidez que favoreció la obtención de la información, previa solicitud del consentimiento informado para participar.

Instrumento para recolectar y registrar la información

Se utilizó un cuestionario impreso, diseñado de acuerdo con las cinco variables del estudio y sus dimensiones, fueron 34 preguntas, 32 de tipo cerrado y 2 abiertas, algunas con respuestas dicotómicas, otras con varias opciones de respuesta y algunas en las cuales se debió justificar la respuesta, todas pre codificadas, numéricamente, los clúster de preguntas fueron los siguientes: a. características sociodemográficas, comprendía las preguntas de la número 1 a 7; b. Accesibilidad geográfica 8 a 11; c. Accesibilidad económica 12 a 17; c. Accesibilidad cultural 18 a 25 y d. Accesibilidad administrativa 26 a 34. (Ver anexo 1)

Procedimiento para la recolección de información

Los pasos seguidos para recolectar la información se desarrollaron de la siguiente manera:

- a. Se convocó a una reunión a las autoridades municipales, con el propósito de exponerles los objetivos y beneficios del estudio y se solicitó la autorización para viajar a las aldeas que conformaban los conglomerados, para la captación de los sujetos de estudio.
- b. Se seleccionó una muestra para realizar una prueba piloto, que permitió validar el instrumento de recolección de datos, en donde se evidenció la necesidad de realizar cambios previo a recolectar los datos.
- c. Se realizó una reprogramación de las fechas de visita a cada aldea, se estableció comunicación con integrantes del COCODE y otros líderes comunitarios para convocar a los participantes.
- d. Se ubicó al grupo de estudio, se contactó a los participantes, se creó la condición adecuada, previo a explicarles el objetivo del estudio, se les solicitó su participación en el estudio, después de obtener respuesta positiva, se procedió a solicitar su consentimiento informado.
- e. Se explicó a los participantes de forma clara y sin ambigüedades en qué consistiría el estudio y el cuestionario para la recolección de la información, se garantizó la confidencialidad y respeto a la información que proporcionaron, se dio lectura a las instrucciones de la encuesta previo a realizarla.
- f. Al finalizar cada encuesta, se revisó la calidad del llenado de los cuestionarios aplicados.

10. **Sesgos**

Los sesgos considerados en el estudio fueron los siguientes:

Sesgo de no respuesta o efecto del voluntario

Se dio en pocos participantes desinteresados; pero, al explicarles la importancia de su participación era para conocer su perspectiva acerca de la accesibilidad a los servicios de salud de su localidad, se logró controlar.

Sesgo de procedimiento

Existió el riesgo de presentarse, especialmente, en la aldea Concepción Pinula debido al volumen de participantes encuestados, se controló después de solicitarles su paciencia y colaboración.

11. **Análisis de información**

Los pasos seguidos para el análisis de la información que se obtuvo en el estudio son los siguientes:

- a. Se ordenaron los cuestionarios por identificación de participante y aldea, luego, se verificó su calidad del llenado.
- b. Se elaboró una hoja de tabulación en el programa Excell™ 2010, se ingresaron los datos por variable y por aldea.
- c. Se realizó un análisis exploratorio de los datos ingresados para evaluar la distribución de los mismos.
- d. Se realizó análisis descriptivo de los datos, calculando proporciones y promedios presentado en tablas resumen, una para cada variable de estudio.

12. **Procedimientos para garantizar los aspectos Éticos del estudio**

Los aspectos éticos considerados en el estudio fueron los siguientes:

1. Invitación a participar en el estudio a los usuarios de los servicios de salud, en un lenguaje claro y sencillo, se le explicó a cada uno los objetivos del estudio y el procedimiento a seguir, los posibles beneficios de realizar el estudio y que no representaba ningún riesgo para ellos.

2. Se les explicó a los sujetos de estudio la importancia de su participación en el estudio y que la misma era voluntaria.
3. Se garantizó absoluta confidencialidad en el manejo de los datos y uso de los mismos únicamente para fines del estudio.
4. Se explicó a los sujetos que participaron en el estudio que al finalizar el mismo, se les daría a conocer los resultados.
5. Se solicitó el consentimiento informado a los sujetos que participaron en el estudio.
(Ver anexo 2)
6. Se entregaron los resultados del estudio a las autoridades de los servicios de salud con el propósito de brindar evidencia que ayude a mejorar la accesibilidad a los servicios de salud dentro del municipio

13. Conflicto de intereses

La investigadora declara no haber tenido conflicto de intereses en la realización del estudio.

V. RESULTADOS

Se presentan los resultados de los datos obtenidos a través del instrumento de recolección de datos del estudio titulado “Accesibilidad a los servicios de salud”, realizado en las aldeas Concepción Pinula, El Colorado, Contreras, El Zapote, Las Nubes, Monte Redondo, El Socorro, El Carmen, Joya de los Cedros y Río Frío de San José Pinula, Guatemala, durante los meses de enero a junio del año dos mil catorce.

La presentación de los resultados del estudio se hace de acuerdo con las variables estudiadas: 1. Características sociodemográficas de los usuarios, 2. Características geográficas de la accesibilidad, 3. Características económicas de la accesibilidad, 4. Características culturales de la accesibilidad y 5. Características administrativas de la accesibilidad. Los valores se presentan en proporciones, según los indicadores considerados en cada variable.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los usuarios de los servicios de salud, según aldea.

		Aldeas de San José Pinula									
		Concepción Pinula	El Colorado	Contreras	El Zapote	Las Nubes	Monte Redondo	El Socorro	El Carmen	Joya de los Cedros	Río Frío
Indicadores		Proporciones									
Edad promedio		28.76	32.35	35.18	33.88	32.84	32.93	39.17	33.22	36.62	40
Sexo											
Femenino		78.51	76.27	81.63	90.91	81.25	96.43	84.21	94.44	85.71	75
Masculino		21.49	23.72	18.37	9.09	18.75	3.57	15.79	5.56	14.29	25
Religión											
Católica		65.29	61.02	75.51	100	100	92.86	89.47	83.33	85.71	66.67
Evangélica		20.66	32.20	10.20	-	-	3.57	10.53	11.11	14.29	8.33
Otras		14.05	6.78	14.29	-	-	3.57	ND	5.56	-	25

Ocupación																			
Agricultor	8.26	8.47	-	9.09	15.63	-	-	5.56	14.29	8.33									
Jornalero	0.83	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Ama de Casa	71.9	79.66	67.35	90.91	75	92.86	68.42	94.44	85.71	66.67									
Comerciante	14.88	5.08	26.53	-	3.13	3.57	10.53	-	-	25									
Seguridad	2.48	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Oficinista	0.83	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Otros	1.65	5.08	6.12	-	6.25	3.57	5.26	-	-	-									

Fuente: Datos proporcionados por los participantes

Tabla 2 Características geográficas de la accesibilidad, según aldea.

Indicadores	Aldeas de San José Pinula									
	Concepción Pinula	El Colorado	Contreras	El Zapote	Las Nubes	Monte Redondo	El Socorro	El Carmen	Joya de los Cedros	Río Frío
Proporciones										
Distancia										
Menor a 1 km	67.77	37.29	22.45	81.82	37.5	21.43	94.74	55.56	7.14	25
1-5 km	28.93	57.63	77.55	15.15	59.38	68.75	5.26	44.44	92.86	66.67
6- 10 km	3.30	1.69	-	3.03	3.13	-	-	-	-	8.33
Más de 10 km	-	3.39	-	-	-	-	-	-	-	-
Tiempo										
1-30 minutos	73.55	40.68	22.45	87.88	34.38	17.86	5.26	55.56	71.43	25
31-60 minutos	0.83	44.07	77.55	-	40.62	71.43	94.74	16.67	92.86	66.67
61-90 minutos	22.31	11.86	-	6.06	21.88	10.71	-	27.78	-	8.33
91-120 minutos	3.31	3.39	-	6.06	3.12	-	-	-	-	-
Más de 120	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabla 3 Características económicas de la accesibilidad, según aldea.

Indicadores	Aldeas de San José Pinula									
	Concepción Pinula	El Colorado	Contreras	El Zapote	Las Nubes	Monte Redondo	El Socorro	El Carmen	Joya de los Cedros	Río Frío
Proporciones										
Ingreso económico de los usuarios										
Menor al salario mínimo	97.52	98.31	100	100	100	100	100	100	100	91.67
Salario mínimo	2.48	1.69	-	-	-	-	-	-	-	8.33
Uso de transporte para llegar al servicio de salud										
Si	-	-	4.08	-	-	-	-	-	-	-
No	100	100	95.92	100	100	100	100	100	100	100
Costo del transporte en quetzales Q 6:00-10:00										
	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-

Forma de realizar exámenes de laboratorio solicitados en el servicio de salud																				
Gratis dentro del servicio	34.71	33.90	61.22	78.79	71.88	71.43	15.78	44.44	28.57	16.67										
Autofinanciados fuera del servicio	65.29	66.10	38.78	21.21	28.13	28.57	84.21	55.55	71.43	83.33										
Costo a pagar por los usuarios por los exámenes de laboratorio																				
Bajo (Menos de Q 50.00)	16.67	-	-	-	-	25	6.25	20	20	-										
Medio (Q 50.00-100.00)	67.95	90.24	94.74	85.71	90	62.5	93.75	80	80	80										
Alto (Más de Q. 100.00)	15.38	9.76	5.26	14.29	10	12.5	-	-	-	20										

Fuente: Datos proporcionados por los participantes

Tabla 4 Características culturales de la accesibilidad, según aldea.

Indicadores	Aldeas de San José Pinula									
	Concepción Pinula	El Colorado	Contreras	El Zapote	Las Nubes	Monte Redondo	El Socorro	El Carmen	Joya de los Cedros	Río Frío
Proporciones										
Preferencia del usuario respecto del sexo del prestador										
Femenino	38.01	18.64	10.20	6.06	21.87	3.57	15.79	5.56	14.29	16.67
Masculino	61.99	81.36	89.80	93.94	78.13	96.43	82.21	94.44	85.71	83.33
Preferencia del modelo de atención por los usuarios										
Médico	96.69	100	100	100	100	96.43	100	100	100	100
Maya	3.31	-	-	-	-	3.57	-	-	-	-
Percepción del usuario respecto de la aceptación del prestador servicio en el trato personal										
Buena	85.12	98.31	91.84	100	100	100	100	94.44	100	100

Regular	12.40	-	8.16	-	-	-	-	5.56	-	-
Mala	2.48	1.69	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepción del usuario respecto de la aceptación del prestador del servicio respecto de sus creencias										
Buena	71.07	98.30	100	100	100	100	100	72.22	100	91.67
Regular	24.79	1.70	-	-	-	-	-	27.78	-	8.33
Mala	4.13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepción del usuario respecto de la aceptación del prestador del servicio en relación a sus costumbres										
Buena	70.25	96.61	87.76	100	100	100	100	72.22	100	83.33
Regular	27.27	3.39	12.24	-	-	-	-	27.28	-	16.67
Mala	2.48	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Aceptación del usuario respecto al trato personal brindado por el prestador del servicio	Buena	82.64	98.31	95.92	100	100	100	100	100	94.44	100	100
	Regular	14.05	-	-	-	-	-	-	-	5.56	-	-
	Mala	3.31	1.69	4.08	-	-	-	-	-	-	-	-
Aceptación del usuario respecto de las creencias del prestador del servicio	Buena	71.07	98.31	87.76	100	100	100	100	100	72.22	100	91.67
	Regular	24.80	-	12.24	-	-	-	-	-	27.78	-	8.33
	Mala	4.13	1.69	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Acceptación del usuario respecto de las costumbres del prestador del servicio	69.42	98.31	87.76	100	100	100	100	100	72.22	100	91.67
Buena	27.27	-	12.24	-	-	-	-	-	27.78	-	8.33
Regular	3.31	1.69	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mala											

Fuente: Datos proporcionados por los participantes

Tabla 5 Características administrativas de la accesibilidad, según aldea.

Indicadores	Aldeas de San José Pinula									
	Concepción Pinula	El Colorado	Contreras	El Zapote	Las Nubes	Monte Redondo	El Socorro	El Carmen	Joya de los Cedros	Río Frío
Proporciones										
Horario de atención de los servicios, según los usuarios										
4 horas	-	5.08	100	100	100	100	100	-	92.86	100
8 horas	99.17	94.92	-	-	-	-	-	100	7.14	-
12 horas	0.83	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepción de los usuarios respecto del horario de atención										
Adecuado	16.53	6.78	8.16	-	9.37	-	5.26	-	-	-
No adecuado	83.47	93.22	91.84	100	90.63	100	94.73	100	100	100
Cantidad de personal del modelo médico que brinda atención en los servicios de salud										
1 Médico y 1 enfermero	-	1.69	-	-	-	-	100	-	28.57	33.33

Varios médicos y enfermeros	66.94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ND	71.43	66.67
1 Enfermero	32.23	92.31	-	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-
Varios enfermeros	0.83	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Percepción de los usuarios acerca de la cantidad de prestadores que atienden los servicios.													
Suficiente	76.03	1.69	4.08	-	6.25	-	-	6.25	-	-	-	35.71	50
Insuficiente	23.97	98.31	95.91	100	93.75	100	100	93.75	100	100	100	64.29	50
Percepción de los usuarios acerca del uso de equipo médico básico de atención.													
Si	66.67	58.76	100	-	37.5	-	-	37.5	-	-	-	-	-
No	33.33	41.24	-	100	62.5	100	100	62.5	100	100	100	100	100
Disponibilidad de instalaciones adecuadas para prestar servicios de													

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis y la discusión de resultados obtenidos en el estudio sobre la accesibilidad a los servicios de salud, realizado en diez aldeas del municipio de San José Pinula, cuyo objetivo general fue determinar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud de los pobladores.

La teoría utilizada para el análisis de los datos obtenidos en el estudio es la Teoría de Sistemas que se caracteriza por tener una perspectiva holística e integradora que le da importancia a las relaciones y conjuntos que emergen en un sistema, su utilidad en el estudio de los servicios de salud, parte de la clasificación de A. Donabedian quien estableció las dimensiones de los servicios de salud como estructura, procesos y resultados.

La organización de la discusión y análisis de los resultados se hace de acuerdo con las variables estudiadas; características sociodemográficas de los usuarios, geográficas, económicas, culturales y administrativas que se relacionan con la accesibilidad a los servicios de salud.

Características Sociodemográficas

Para fines del estudio, la variable se definió como las características relacionadas con la edad en años, sexo, religión y ocupación de los usuarios de los servicios de salud.

El estudio de la accesibilidad no es independiente de los factores sociodemográficos, por la influencia que ejercen en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud (29).

La Organización Mundial de la Salud -OMS-, dentro del concepto del derecho a la salud abarca la accesibilidad, la cual dentro de sus dimensiones contempla la no discriminación (1), por tanto, la observación de las características sociodemográficas de los usuarios, específicamente, el sexo, es relevante; considerando que la cultura poblacional de San José Pinula es, eminentemente, machista.

En el presente estudio se determinó que la edad promedio de los usuarios es 34.5 años, resultado similar al estudio realizado por Rodríguez en 2010, titulado “Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia” (7) en el que la edad promedio fue de 39 años; el realizado por el Observatorio europeo de acceso a los servicios de salud en el año 2010, con título “Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular”, en el que la edad promedio de los participantes fue de 33.9 años (10) y el realizado por Florez, Campo, Tronchez y Peña en 2012 “Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace”, el 80 % corresponde a mujeres en el que la edad promedio fue de 31.2 años (63).

En relación al sexo de los usuarios, se encontró que el sexo femenino es el que predomina en los usuarios de los servicios de salud, correspondiendo al 83.12%, comparable con lo reportado por Hawtecoeur, Zunzunegui y Vissandjee en Rabinal en 2005 “Las barreras del acceso a los servicios de salud en la población indígena en Rabinal Guatemala”, en el que el sexo femenino corresponde al 60% de los usuarios (15), en el estudio realizado por Florez, Campo, Tronchez y Peña en 2012, el 80 % corresponde a mujeres (63) y al 69% en el estudio realizado por Hernández, Pérez, Jiménez, Alvarado y Vieyra en México en 2012, titulado “Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México, México” (68).

Según Gómez (2002), en su estudio “Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica”, la socialización diferencial de mujeres y hombres influye sobre sus actitudes y conductas de búsqueda de atención de salud, las expectativas culturales y el ejercicio de las mismas en cuanto al rol de “cuidadoras” de la salud hacen que las mujeres sean quienes más acudan a los servicios de salud respecto de los hombres (69).

La religión predominante practicada por los usuarios es la católica que representa el 76.62%, resultados no comparables con otro estudio.

Respecto de la ocupación de los usuarios, el 77.14% son amas de casa, 10.65% son comerciantes, similar a lo reportado por Hernández, Pérez, Jiménez, Alvarado y Vieyra en

México en 2012 en cuyo estudio corresponde al 80 y 11%, respectivamente, (68); y 7.79% son agricultores; resultados no comparables con otro estudio.

Según el análisis de las características sociodemográficas que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud en este estudio, se evidenció que las mujeres, adultas jóvenes, católicas y amas de casa son quienes más utilizan los servicios de salud en San José Pinula, siendo la mayoría de los hallazgos compatibles con el estudio realizado por Rodríguez en Colombia en 2010 (7).

Características Geográficas

La accesibilidad es un factor que influye en la provisión de servicios. Según Frenk (1985), el estudio de la accesibilidad, igual a la mayoría de los conceptos de las ciencias sociales, debe considerar sus límites de espacio y tiempo.

En el estudio se evaluó la variable características geográficas, el cual se definió como los aspectos representados por la distancia, tiempo, barreras naturales o construidas por el hombre que influye en la accesibilidad a los servicios de salud, según la perspectiva de los usuarios.

La distancia que deben recorrer los usuarios para llegar a los servicios de salud corresponden a: menos de un kilómetro, 45.19%, compatible con los estudios realizados por Basoa y Otero, "Accesibilidad geográfica a los centros de salud y planteamiento urbanístico en Fuenlabrada" en donde la distancia media fue 910 metros (53), y, por De Pietri y colaboradores (2002), "Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades" en el que la distancia reportada fue menor a un kilómetro (54); entre uno y cinco kilómetros 51.95%, resultados comparables con los obtenidos en el estudio realizado por Miquel y colaboradores en Cataluña en el 2008, con título "Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica", en el que la población debe recorrer una distancia media de 2.42 km (40), así también, con los resultados del Banco de la República de Colombia en el 2013, "Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México" que reportó una media de 3 km (41).

El tiempo que transcurre desde que los usuarios salen de casa hasta llegar a los servicios de salud, comprende a: de uno a treinta minutos 47.79%, Resultados semejantes al estudio realizado por Escalona y Díez en 2002, "Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel" (38), en el que la mayoría de usuarios invierten menos de 30 minutos en desplazarse a los servicios de salud, así como el realizado por Vásquez "Accesibilidad de los servicios de medicina preventiva en la ciudad Victoria, Tamaulipas" (55), en el que se reportó que la población demora de 18-25 minutos en llegar a los servicios de salud; 31 a 60 minutos 36.36%, 61 a 90 minutos 13.51% y más de 90 minutos 2.34%; resultados similares a los reportados por USAID en el estudio realizado en tres departamentos del país "Guatemala: estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar", en donde los usuarios de los servicios de salud viajan en promedio, entre 20 y 60 minutos, desde sus hogares para llegar a los centros de salud, pero que unos pocos viajan hasta cuatro horas (57).

En cuanto a los accidentes geográficos o barreras naturales que intervienen en la accesibilidad de los usuarios se determinó que el 55.58% deben cruzar un barranco para llegar al servicio, mientras que el 37.66% debe subir una cuesta.

Respecto de las barreras construidas por el hombre, 91.43% de los usuarios debe cruzar carreteras y el 5.71% construcciones privadas.

Los resultados de los dos párrafos anteriores no fueron comparables con otros estudios debido a que estos componentes de las características geográficas se expresan como accidentes geográficos y barreras construidas por el hombre sin especificar cuáles son.

Según el análisis de las características geográficas de la accesibilidad en San José Pinula se observó que los resultados son compatibles con el estudio realizado por Unal, Chen y Waldof (2007) titulado "Spatial Accesibility of health care in Indiana", cuyas áreas tienen realidades similares con el área estudiada, en donde la accesibilidad y la ruralidad tienen una fuerte asociación negativa, según lo reportado (56), y con la situación del estudio "Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén" realizado por Villanueva (2010), en las que en la distribución de los servicios de salud hay "vacíos" de oferta; teniendo como consecuencia un alto porcentaje de población de ambas ciudades, que no cuenta con un centro en su barrio o, con uno a una distancia menor a los 500 metros (39). Así mismo, En el estudio

“Acceso a la atención en salud en Colombia”, se señala la existencia de barreras, entre ellas, la accesibilidad geográfica. (71)

Características Económicas

La variable se definió como los aspectos representados por la situación socioeconómica de los usuarios tales como el ingreso económico, costo de transporte, costo de tratamientos y exámenes que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud.

En el estudio se determinó que el 98.7% de los usuarios perciben ingresos por debajo del salario mínimo, resultado similar al reportado por Florez, Campo, Tronchez y Peña en 2012 en el que la mayoría (98,3%) reciben menos de un salario mínimo (63).

La mayoría de los usuarios no utiliza transporte para llegar a los servicios de salud, debido a que no hay servicio continuo, lo que los obliga a caminar largas distancias para recibir atención sanitaria, éste resultado es comparable con el estudio realizado por Hawtecoeur, Zunzunegui y Vissandjee en Rabinal (15), debido a que son características propias de algunas localidades de nuestro país; por otro lado, el 4.08% de los usuarios que sí lo utiliza debe pagar entre Q6.00 y 10.00, resultado similar al obtenido por Villanueva en donde del costo de los pasajes es de \$1.25 (Q9.53) lo que transforma al transporte público en un transporte caro (39).

El 91.43% de los usuarios debe comprar algunos de los medicamentos indicados en el tratamiento, mientras que el 3.17% debe comprar todos; la mayoría deben pagar el equivalente al 37.5% de su salario diario, lo que se convierte en una limitante para consumir el tratamiento; estos resultados son semejantes a los reportados por Comes y colaboradores en 2007 (4); situación que dificulta la economía de los hogares, debido a que la mayoría tiene bajos ingresos y otras prioridades que cubrir, resultados similares a los encontrados por Rodríguez en 2010 (7).

El costo que debe pagar la mayoría de los usuarios por lo medicamentos indicados en el tratamiento Q20.00 - 40.00; resultados que se acercan a los obtenidos por Arredondo en 1999 titulado “Atención médica ambulatoria en México. El costo para los usuarios”, en donde los costos que debían pagar los usuarios era \$ 9.60 (Q76.26) (44).

Respecto de los exámenes de laboratorio solicitados al momento de la atención en los servicios de salud, el 53.77% de los usuarios debe realizarlos y costearlos fuera del servicio, la mayoría deben pagar por los exámenes entre Q50.00 – 100.00, acercándose al estudio de Arredondo, en el cual pagaron \$13.6 (Q103.79). (44).

Las características económicas de la accesibilidad se ven influidas por el ingreso económico insuficiente de los usuarios, situación compatible con el estudio realizado por Rodríguez en el que el 50.4% argumenta que la falta de dinero fue la razón para no utilizar el servicio de salud aun cuando tenían la necesidad (7). En el estudio “Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia” realizado por Mejía, Sánchez y Tamayo (2007), la mayoría de las personas de bajos recursos que no accedieron al servicio de salud frente a una necesidad no lo hacían por su incapacidad de cubrir los costos que involucraba el uso de los servicios (12). En el estudio “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa”, las principales barreras identificadas responden a aspectos económicos. (71)

Características Culturales

La variable se definió como los aspectos referentes a las preferencias, creencias, costumbres, prácticas de los usuarios y prestadores de los servicios de salud que influyen en la accesibilidad.

El estudio permitió evidenciar que el 79.22% de los usuarios prefiere ser atendido por una prestadora de servicios de salud; lo cual tiene relación con el predominio de usuarias del sexo femenino; se encuentran similitudes con lo expresado en los estudios realizados por Comes y colaboradores en 2007 (4) y Comes y Stolkiner en 2004 en el estudio “Si pudiera pagaría: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales” (16).

Casi la totalidad de los usuarios (98%) prefiere ser atendido por personal del Modelo biomédico, que del Modelo maya tradicional; tal como se presenta en el Informe Nacional

de Desarrollo Humano, Guatemala 2005, en el que, menos del 5% de la población busca atención con personal no biomédico (3).

La mayoría de usuarios (90%) refiere buena aceptación respecto de las costumbres, creencias y prácticas de los prestadores de los servicios de salud y perciben buena aceptación por parte de los prestadores hacia sus costumbres; estos resultados son similares a los obtenidos por Comes y colaboradores en 2007 (4). Al compararlos con los resultados obtenidos en el estudio realizado en Rabinal (15), cabe mencionar que, pese a que corresponden al mismo país, no son compatibles por tratarse de poblaciones con etnia distinta, los usuarios que refirieron aceptación regular o mala (10%) comparten ideologías similares a los sujetos, parte del estudio de USAID en el que los factores culturales parecían ser los obstáculos más significativos para acceder.

Las características culturales son de suma importancia en el estudio de la accesibilidad, debido a que, como lo señala Romero Gorski, en su escrito “Modelos culturales y sistemas de atención de la salud”, la diversidad cultural llegó para quedarse en el campo de la salud (73), lo que se ve reflejado en las expectativas y experiencias de los usuarios y el personal de los servicios de salud como lo refiere Seclén-Palacin y Darras en su estudio “Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000” (29).

Características Administrativas

En este estudio, la variable fue definida como los aspectos de tipo organizacional-institucional y de infraestructura de los servicios de salud que influyen en la accesibilidad desde la perspectiva de los usuarios.

El horario de atención de los servicios de salud disponibles es de cuatro horas (49.09%) y ocho horas (50.65%), considerado como no adecuado por los usuarios, resultados compatibles con los estudios realizados por Rodríguez en Colombia (7) y Hawtecoeur, Zunzunegui y Vissandjee en Rabinal, Quiché, Guatemala (15).

La cantidad del personal que presta servicios de salud es considerado insuficiente por la mayoría de los usuarios (71.95%), resultados compatibles con el estudio realizado por

Soto en 2011, “Recursos humanos en Salud: una mirada al interior de Perú” (62) quien expone que en los países en vías de desarrollo, como el nuestro, hay crisis de recurso humano en salud, así también, con el estudio realizado por Villareal y colaboradores “Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Atención Primaria” (66) que expone que el recurso médico es una barrera de la accesibilidad al aumentar el tiempo de espera para ser atendido.

Se determinó que la mayoría de usuarios (74.28%) refiere no contar con instalaciones de salud adecuadas (contempla infraestructura, espacio con privacidad, servicio sanitario y sala de espera) para la prestación de servicios; resultados similares a los reportados por Hawtecoeur, Zunzunegui y Vissandjee (15) y Chávez y Velásquez en su estudio “Análisis de la gestión territorial: Encuesta Nacional de Salud 2007, Colombia 2011”, quienes reportan bajo porcentaje de servicios de salud disponibles en algunos municipios categorizados en Colombia (64); asimismo, al igual que el estudio en cuestión, el estudio “Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México” realizado por López y Aguilar en México, hay unidades que ofrecen servicios de salud en dónde no existe algún tipo de infraestructura médica (42).

Respecto del equipo disponible para la prestación de atención en los servicios de salud, el 47% de los usuarios refirió que han utilizado estetoscopio al ser atendido por el personal de salud, el 44% refiere la utilización de esfigmomanómetro y solamente el 9% el uso de termómetro.

Las características administrativas de los servicios de salud, tales como asignación y distribución de recursos e infraestructura como lo señala Flores-Sandi en su estudio “Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud” (47), deben ser fortalecidas en nuestro país, dado que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, únicamente, atiende al 27% de la población siendo el ente rector, que produce los servicios públicos de salud (72).

La accesibilidad a los servicios de salud en diez aldeas del municipio de San José Pinula, presenta barreras en sus características sociodemográficas, geográficas, económicas, culturales y administrativas, siendo los hallazgos antes descritos compatibles con los

siguientes estudios: “Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en contexto de Estado de México” realizado por Garrocho en 1993, describió que existen desigualdades en la accesibilidad ya que el 30% de la población se considera en franca desventaja (37); Paganini (1998) en su estudio “La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe” reporta que el 40% de la población total de América Latina y el Caribe no tienen acceso (14).

Asimismo, Mendoza-Sassi y Bérla (2001) en su estudio “Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados” describen que la utilización de los servicios de salud está determinada por diversos factores como los demográficos y socioeconómicos (48); Mejía-Mejía y colaboradores (2007) encontraron que las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud (12); Vargas y Molina (2009) en el estudio “Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias” definieron que el aspecto económico no debe limitarse a los costos de producción de servicios, sobre todo, si lo que se busca es resolver los problemas de equidad y accesibilidad que, actualmente, caracterizan a la oferta de Servicios médicos en México (50).

Finalmente, Moreno y colaboradores (2009) en “Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los Servicios de salud en algunos municipios de Colombia” detectaron limitaciones en la accesibilidad por cobro de los Servicios de salud en un 26,7% de la población en estudio (42); Figueroa y Calvacanti (2014) reportaron en su estudio “Accesibilidad a los Servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia” que de los indicadores de accesibilidad socio-organizacional, el tiempo de espera para marcar una consulta, el tiempo de espera para ser atendido en la realización de la consulta y el tiempo de espera entre marcar la consulta y la atención, fueron relatados como insuficientes por, aproximadamente, 1/3 de los informantes. Así como desplazarse a pie hasta las unidades de salud fue destacado (52).

Limitantes del estudio

Dentro de las limitaciones encontradas para realizar el estudio, se mencionan más visitas de las planificadas a las aldeas, debido a menor disposición de tiempo, que implicó recorrer largas distancias en más de una ocasión, algunas de estas con dificultad para disponer de un vehículo adecuado para el tipo de carretera, de terracería.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados del estudio “Accesibilidad a los Servicios de salud”, realizado en las aldeas Concepción Pinula, El Colorado, Contreras, El Zapote, Las Nubes, Monte Redondo, El Socorro, El Carmen, Joya de los Cedros y Río Frío del municipio de San José Pinula, Guatemala, durante el período de enero a junio de 2014, permitió concluir lo siguiente:

1. Sobre las características sociodemográficas de los usuarios de los servicios se determinó que en su mayoría son: adultos jóvenes, del sexo femenino, practicantes de la religión católica y se dedican a los quehaceres del hogar, siendo esta última característica concordante con el predominio del sexo usuario; coincidiendo en términos globales, que son las mujeres quienes hacen mayor uso de los Servicios de salud.
2. Sobre las características geográficas que determinan la accesibilidad a los servicios, se determinó que: la distancia representa una barrera para el 51.66% de los usuarios, el tiempo para el 10.89%, los accidentes geográficos para el 50% y las barreras construidas por el hombre para el 7.52% de los usuarios de los servicios.
3. Sobre las características económicas que determinan la accesibilidad en la población estudiada, el ingreso por debajo del salario mínimo, constituye una barrera para el 98.74% de los usuarios; debido a que ésta situación limita el acceso a medicamentos y exámenes de diagnóstico.
4. Sobre las características culturales, los usuarios de los Servicios de salud, prefieren ser atendidos por prestador es del sexo masculino. Las diferencias culturales entre usuario y prestador, constituye una barrera para el 10% de los usuarios.

5. Sobre las características administrativas que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud en la población estudiada, como el horario de atención, la disponibilidad de equipo médico básico de atención y la disponibilidad de servicio sanitario, constituyen una barrera para el 85% de los usuarios de los Servicios de salud.

RECOMENDACIONES

1. Para garantizar la accesibilidad a los Servicios de salud, estos deben ser planificados considerando las características sociodemográficas de la población usuaria.
2. Para mejorar la accesibilidad geográfica a los usuarios de los Servicios de salud, se deben establecer alianzas con Organismos Internacionales u Organizaciones no Gubernamentales que estén en la capacidad de proveer fondos para la construcción de infraestructura para la prestación de Servicios de salud cercanos a la población.
3. Para mejorar la accesibilidad económica a los Servicios de salud, se debe implementar un programa de educación para la salud y prevención de la enfermedad que sea efectivo y perdurable con el propósito de promover la cultura con enfoque salutogénico que permita que las poblaciones permanezcan sanas.
4. Para mejorar la accesibilidad cultural a los servicios de salud, la oferta deberá ser con pertinencia cultural y enfoque de género.
5. Para mejorar la accesibilidad administrativa debe hacerse una evaluación y reestructura del sistema de salud y ejercer una rectoría efectiva que garantice el aseguramiento y provisión de servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Derecho a la Salud [en línea]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 12 Mar 2013]. (Nota descriptiva No. 323). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Diez datos acerca de la cobertura sanitaria universal [en línea]. Ginebra: OMS; 2012 [citado 12 Mar 2013]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/universal_health_coverage/es/
3. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El acceso y la pertinencia cultural de los servicios de salud. [en línea]. Guatemala: PNUD; 2005 [citado 12 Mar 2013]. (Informe Nacional de Desarrollo Humano). Disponible en: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/49/Archivos/ca8.pdf>
4. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czemuecki S, Vásquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacionada entre población y servicios. Anu Investig [en línea]. 2007 Ene-Dic [citado 12 Mar 2013]; 14:201-209. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862007000100019
5. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D. C.: OPS; 1992: p. 929-943. (Publicación científica No. 534).
6. Aday LA, Andersen R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D. C.: OPS; 1992: p. 604-613. (Publicación científica No. 534).
7. Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. [en línea]. [Trabajo de investigación de Maestría]. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona, Departamento de Economía Aplicada; Jun 2010 [citado 24 Abr 2013]. Disponible en: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebrecerca/Srodriguez.pdf>

8. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2002 Mayo-Jul [citado 18 Mar 2013]; 11(5-6): 316-326. Disponible en:http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S10204989202000500007
9. Banco Mundial. El 40% de la población sin acceso a servicios sanitarios de calidad [en línea]. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2010 [citado 18 Mar 2013]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/noticias/sanitarios>
10. Observatorio Europeo de Acceso a los Servicios de Salud de Médicos del Mundo. Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular [en línea]. Francia: redxlasalud.org; 2007 [citado 20 Mar 2013]. Disponible en: <http://www.redxlasalud.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.DOC-271%232E%23pdf>
11. García-Roco O, Castañeda N, Pérez Z, Labrada H. La salud pública en América Latina y El Caribe. Rev Hum Med [en línea]. 2012 Mayo-Ago [citado 17 Abr 2013]; 2(2): [aprox. 13 pant.]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17278120200200020003
12. Mejía-Mejía A, Sanchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2007 [citado 20 Abr 2013]; 9 (1): 26-38. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a04.pdf>
13. Lama More A. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú [en línea]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000. [citado 2 Mayo 2013]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/CAP-013.HTM>
14. Paganini JM. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 1998 Nov [citado 20 Abr 2013]; 4(5): 305-310.

Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049891998001100003

15. Hawtecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras del acceso a los servicios de salud en la población indígena en Rabinal Guatemala. *Salud Pública Mex* [en línea]. 2007 Mar-Abr [citado 24 Abr 2013]. 49(2): 86-93. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342007000200003
16. Ministerio de Protección Social. Centro de Gestión Hospitalaria. Enfoque sistémico. En: Marco general y conceptual de la auditoria para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud [en línea]. Bogotá D.C. Colombia: cgh.org; 2008 [citado 18 Jul 2013]. Disponible en: www.cgh.org.co/temas/descargas/elenfoquesistemico.pdf
17. Ediane Gayeski M, Micheloto Parizoto G, Perin Guimarães G, Lorenzini Erdmann A, Schlindwein Meirelles BH. Sistemas de organización de cuidados en enfermería: reflexiones sobre la complejidad del cuidado como práctica asistencial. *Rev Cubana de Enfermer* [en línea]. 2012 Ene-Mar [citado 18 Jul 2013]; 28(1):49-62. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086403192012000100006&script=sci_arttext
18. López Montiel AG. Las Teorías de sistemas en el estudio de la cultura y política. *Polítcult* [en línea]. 2008 [citado 12 Jul 2013]; 29: 171-190. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018877422008000100008
19. Dueñas M, Pereda S, Quispe D, Robles JM, Rodríguez H, Soto S. Aportes metodológicos y semánticos de la teoría general de sistemas a la investigación científica [en línea]. Perú: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Ciencias Administrativas; 2009 [citado 12 Jul 2013]. Disponible en:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ajpqk4wzsLwJ:josmiguel84.files.wordpress.com/2009/06/teoriageneraldesistemas.doc+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=gt>

20. Ramírez Castañeda LA. Aplicación de la teoría general de sistemas [en línea]. Manizales, Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Administración de sistemas Informáticos; 2002 [citado 12 Jul 2013]. Disponible en: http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales/4060001/Material_extra/Teor%C3%ADa%20de%20Sistemas.pdf
21. Ritzer G. Teoría de sistemas. En Teoría sociológica moderna. España: McGraw-Hill; 2001.
22. Purola T. La salud y la política de salud según la teoría de sistemas. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D. C.: OPS; 1992: p. 528-534. (Publicación científica No. 534).
23. Starfield B. Investigación de servicios de salud: un modelo práctico. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D. C.: OPS; 1992: p. 929-943. (Publicación científica No. 534).
24. Hernández Murillo R. Reseña de “La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación” de Donabedian A. Salud Pública de México [en línea]. 1990 Mar-Abr [citado 12 Jul 2013]; 32(2):248-249. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=10632217
25. Ross A, Zeballos J, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. RevPanam Salud Publica [en línea]. 2000 [citado 30 Mar 2014]; 8(1-2): 93-98. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892000000700012&script=sci_arttext
26. Rodríguez A. La calidad desde los usuarios del servicio de salud. La salud pública en Costa Rica [en línea]. Costa Rica: UCR; [200?] [citado 30 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Libro/24%20La%20calidad.pdf>
27. Rojo N, García R. Sociología y salud. Reflexiones para la acción. Rev Cubana Salud Pública [en línea]. 2000 [citado 31 Mar 2014]; 24(2):91-100. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_2_00/spu03200.htm

28. Ruelas-Barajas E. Calidad y accesibilidad. *Gaceta Médica de México* [en línea]. 2011 [citado 30 Mar 2014]; 147: 510-3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2011/gm116j.pdf>
29. Seclén-Palacin J, Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000. *An Fac Med Lima* [en línea]. 2005 [citado 5 Sept 2013]; 66(2): 127-141. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n2/a07v66n2.pdf>
30. Delgado-Gallego M, Vásquez-Navarrete M, Moraes-Vanderlei L. Calidad en los servicio de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. Salud pública* [en línea]. 2010 [citado 30 Mar 2014]; 12 (4): 533-545. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n4/v12n4a01>
31. López CM. La reforma sanitaria en América Latina y El Caribe. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 1997 [citado 12 Jul 2014]; 23(1/2): 17-31. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol23_1_97/spu02197.htm
32. Arakawa T, Arcêncio R, Estuque B, Scatena L, Ruffino-Netto A y Scatena T. Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [en línea]. 2011 Jul-Ago [citado 1 Mar 2014]; 19(4): [aprox. 9 pant.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_19.pdf
33. Evia J, Cano A. Barreras y facilitadores en la accesibilidad a los servicios de salud mental en el caso del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. En: VI Jornada de Investigación y III Jornada de Extensión; Jardines del Hipódromo, Montevideo 2001 [en línea]. Uruguay: Universidad de la República de Uruguay, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.fhuce.edu.uy/jornada/2011/Ponencias%20Jornadas%202011/GT%2032/Ponencia%20GT%2032%20Evia%20et%20al.pdf>
34. Apparicio P, Abdelmajid M, Riva M, Shearmur R. Comparing alternative approaches to measuring the geographical accessibility of urban health services: Distance types and

- aggregation-error issues. *International Journal of Health Geographics* [en línea]. 2007 [citado 1 Abr 2014]; 7(1):7. Disponible en: <http://www.ij-healthgeographics.com/content/7/1/7/>
35. Collado M, Rodríguez C. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones [en línea]. España, MSSSI; 2006 [citado 15 Feb 2014]: 85. Disponible en: <https://www.msps.es/en/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/capitulo7.pdf>
36. Gulliford M. Whatdoes “acces to health care” mean *Journal of Health Services Research & Policy* [en línea]. 2002 Jul [citado 1 Abr 2014]; 7(3):186-188. Disponible en: <http://hsr.sagepub.com/content/7/3/186.short>
37. Garrocho C. Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en contexto de Estado de México. *Estudios Demográficos y Urbano* [en línea]. 1993 Mayo-Ago [citado 10 Feb 2014]; 2 (23): 427-444. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/40315329>
38. Escalona Orcao AI, Díez Cornego C. Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. [en línea]. [Trabajo de investigación] España: Universidad de Zaragoza. Facultad de Filosofía y Letras; 2002. [citado 24 Ago 2013]. http://www.ceddar.org/content/files/articulof_277_01_DT2004-3.pdf
39. Villanueva A. Accesibilidad geográfica a los sistemas de salud y educación. Análisis espacial de las localidades de Necochea y Quequén. *Revista Transporte y Territorio* [en línea]. 2010 [citado 24 Ago 2013]; 2: 136-157. Disponible en: <http://www.rtt.filo.uba.ar/RTT00208136.pdf>
40. Miquel O, Aloy J, Prat E, Pons X. Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica. *Medicina Clínica* [en línea]. 2008 Dic [citado 30 Ago 2013]; 131(4): 16-22. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775308764704>

41. Pérez V GJ. Accesibilidad geográfica y equidad en la prestación del servicio de salud: un estudio de caso para Barranquilla [en línea]. Colombia: Banco de la República; 2013 [citado 30 Ago 2013]. (Serie Borradores de Economía 770). Disponible en: <http://www.banrep.gov.co/es/borrador-770>
42. López F, Aguilar AG. Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de salud en la periferia metropolitana de la Ciudad de México. Invest. Geog [en línea]. 2004 [citado 30 Ago 2013]; 53: 185-209. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/igeo/n53/n53a11.pdf>
43. Pearson M. Sostenibilidad y accesibilidad de los sistemas de salud. En: Conferencia Internacional de Actuarios y estadísticos de la Seguridad Social; 2012 Mayo 30 - Jun 1 [en línea]. Berlin, Alemania: Asociación Internacional de la Seguridad Social. Disponible en: <http://www.issa.int/esl/NoticiasyEventos/News2/Sostenibilidadyaccesibilidad-de-los-sistemas-de-salud>
44. Arredondo A, Nájera P, Leyva R. Atención médica ambulatoria en México. El costo para los usuarios. Salud Pública Mex [en línea]. 1996 [citado 01 Sept 2013]; 41(1): 18-26. Disponible en : <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000521>
45. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Las barreras culturales en los servicios de salud, su papel en el acceso de la población usuaria de los servicios. [en línea]. Santiago de Chile: DGPLADES; 2002 [citado 15 Feb 2014]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/barreras_culturales.pdf
46. Quevedo C, Jiménez D. Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración. [en línea]. España: Fundación Alternativas; 2010 [citado 20 Feb 2014]. Disponible en: www.falternativas.org/.../salud-y-acceso-a-los-servicios-sanitarios-en-esp
47. Flores-Sandi G. Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. Acta méd. Costarric [en línea]. 2012 [citado 1 Sept 2013]; 54(3):181-188. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v54n3/art10.pdf>

48. Mendoza-Sassi R, Réria J. UUtilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro [en línea]. 2001 Jul-Ago [citado 10 Mar 2014]; 17(4):819-832. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
49. Chávez O, León M. Accesibilidad y uso de los servicios de salud en la población adulta mayor de Costa Rica. [en línea]. Costa Rica: CCSS; 2007 [citado 15 Mar 2014]. Disponible en: http://portal.ccss.sa.cr/portal/page/portal/Gerencia_Administrativa/DireccionComprasServiciosdeSalud/EstudiosRealizados/Tab/Accesibilidad%20y%20uso%20de%20los%20servicios%20de%20salud%20en%20la%20poblaci%F3
50. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *RevFacNac Salud Pública* [en línea]. 2009 [citado 12 Feb 2014]; 27(2): 121-130. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120386X2009000200003&script=sci_arttext
51. Moreno G GA, Monsalve B JC, Tabima G D, Escobar M JI. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [en línea]. 2009 [citado 12 Mar 2014]; 27(2): 131-141. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791004>.
52. Figueroa D, Calvacanti G. Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. *Enferm. glob.* [en línea]. 2014 [citado 20 Mar 2014]; 33(13): 267-278. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/administracion4.pdf>
53. Basoa G, Otero A. Accesibilidad geográfica a los centros de salud y planteamiento urbanístico en Fuenlabrada (Madrid). *Rev San Hig Pub* [en línea]. 1994 Jul-Ago [citado 22 Mar 2014]; 68(4): 503-511. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_4_503.pdf

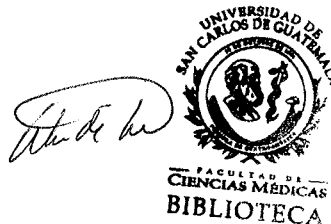
54. De Pietri D, Dietrich P, Mayo P, Carcagno A, De Titto E. Indicadores de accesibilidad geográfica a los centros de atención primaria para la gestión de inequidades. *RevPanam Salud Pública* [en línea]. 2013 [citado 25 Mar 2014]; 34(6):452–60. Disponible en: [file:///C:/Users/victorantonio/Downloads/11--ARTI--De_Pietri--452-460%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/victorantonio/Downloads/11--ARTI--De_Pietri--452-460%20(1).pdf)
55. Vásquez G. Accesibilidad de los servicios de medicina preventiva en la ciudad Victoria, Tamaulipas. [en línea]. [Tesis de Maestría]. San Nicolás de Los Garza, Nuevo León, México: Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería; 2004. [citado 26 Mar 2014]. Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/975/1/1020149425.PDF>
56. Unal E, Chen S, Waldorf B. Spatial Accesibility of health care in Indiana. [en línea]. Lafayette, IN: Dept. of Agricultural Economics; 2007 [citado 26 Mar 2014]. Disponible en: <http://ageconsearch.umn.edu/bitstream/7329/2/wp070007.pdf>
57. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Guatemala: estudio del acceso a servicios e insumos de planificación familiar [en línea]. Guatemala: USAID; 2009 [citado 27 Mar 2014]. (Orden de trabajo I). Disponible en: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadp584.pdf
58. Comes Y, Stolkiner A. “Si pudiera pagaría”: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anu Investig* [en línea]. 2004 [citado 24 Abr 2013]; 12: 137-143. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185116862005000100013
59. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionado: Estudio de caso en Colombia. [en línea]. [Tesis de Doctorado] Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina; 2009. [citado 1 Mayo 2013]. Disponible en: [.http://www.consorci.org/accessosdirectes/serveidestudis/documentssepps/l%20Vargas%202009_Barreras%20de%20acceso%20a%20la%20atencion%20en%20salud_un%20estudio%20de%20caso%20en%20Colombia.pdf](http://www.consorci.org/accessosdirectes/serveidestudis/documentssepps/l%20Vargas%202009_Barreras%20de%20acceso%20a%20la%20atencion%20en%20salud_un%20estudio%20de%20caso%20en%20Colombia.pdf)

60. Massip C, Ortiz R, Llantá MC, Peña M, Infante I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2008 [citado 13 Mayo 2013]; 34(4): [aprox 3 pant.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_4_08/spu13408.htm
61. Organización Internacional del Trabajo. Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica [en línea]. Ginebra: OIT; 2007. [citado 13 May]. (Documento de Discusión 19). Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy_sp.pdf
62. Salaverry O. Recursos humanos en Salud: una mirada al interior de Perú. Rev Perú MedExp Salud Pública [en línea]. 2011 Abr-Jun. [citado 13 May 2013]; 28(2): 388-389. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n2/a35v28n2.pdf>
63. Florez S, Campo C, Tronchez M, Peña C. Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace. [en línea]. [Informe final de investigación]. Popayán, Colombia: EAN Universidad del Cauca. Especialización en Auditoría y Garantía de la calidad en Salud con énfasis en Epidemiología; 2012. [citado 1 Mayo 2013]. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/10882/2004/1/FlorezSofi2012.pdf>
64. Chávez GB, Velásquez LE. Análisis de la gestión territorial: Encuesta Nacional de Salud 2007, Colombia 2011. Rev Fac Nac Salud Pública [en línea]. 2012 Ene-Abr [citado 14 Mayo 2013]; 30(1):57-65. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a07.pdf>
65. Gómez-Dántes O, Gómez-Jáuregui J, Inclán C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de Salud. Salud Pública Mex [en línea]. 2004 [citado 14 Mayo 2013]; 46(5): 399-416. Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000098>
66. Villareal E, González J, Salinas AM, Garza ME, Nuñez G, Uribe MG. Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. Atención Primaria [en línea]. 2000 [citado 14 Mayo 2013]; 25(7): 59-62. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es/revistas/atencionprimaria27/evaluacionaccesibilidad-los-servicios-salud-11175-originales-2000>

67. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Guatemala [en línea]. Washington, D. C.: OPS; 2012. [citado 14 Mayo]. Disponible en: http://new.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=39&Itemid=38&lang=es
68. Hernández-González MM, Juan-Pérez JI, Jiménez-Garcés C, Alvarado-Bravo BG, Vieyra-Reyes P. Conductas y factores que influyen en la utilización de servicios de salud en la población adulta de la región sur del Estado de México, México. Revista de Medicina e Investigación [en línea]. 2013 Jul-Dic [citado 30 Mar 2014]; 1 (2): [aprox. 6 pant.]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-medicinaeinvestigacion353/conductas-factores%20queinfluyenutilizacionserviciossalud90208556articulosoriginales-2013>
69. Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2002 [citado 30 Mar 2014]; 11(5/6):327-334. Disponible en:http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892002000500008&script=sci_arttext
70. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2010 [citado 12 Sept 2013]; 12 (5): 701-712. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>
71. Aday MH, Poffald Angulo L, Sepúlveda AM, Aguilera Sanhuesa X, Delgado Becerra, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2013 [citado 10 Sept 2013]; 33 (3):223-229. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mMr700Y9X74J:www.paho.org/journal/index.php%3Fgid%3D571%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download+%&cd=21&hl=es&ct=clnk&gl=gt

72. Centro de Investigaciones Económicas Nacionales. Lineamientos de políticas económica, social y de seguridad 2012-2020. [en línea]. Guatemala: CIEN; 2010 [citado 2 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.cien.org.gt/index.php/lineamientos-de-politica-economica-social-y-de-seguridad-para-guatemala-2011-2021/>
73. Sonis A. Investigación en servicios de salud en línea]. Washington D. C.: OPS; 1989. [citado 12 Sept 2013]. (Publicación No. 20). Disponible en: http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub20.pdf (48)
74. Romero Gorski S. Modelos culturales y sistemas de atención de la salud. [en línea]. Montevideo: UNESCO; 2005 [citado 1 Abr 2014]. Disponible en: www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/.../art06_23.pdf
75. Organización Panamericana de la Salud. Hoja resumen sobre desigualdades en salud [en línea]. Paraguay: OPS; 2002 [citado 12 Abr 2013]. Disponible en: www1.paho.org/Spanish/HDP/paraguay.pdf



• Anexo 1



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



ESTUDIO SOBRE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Objetivo general: Determinar los factores relacionados con la accesibilidad a los servicios de salud en los pobladores del municipio de San José Pinula, durante el período comprendido de marzo a junio del año 2014.

Instrumento de Recolección de Datos

Instrucciones: a continuación se presentan treinta y cuatro preguntas, las cuales serán leídas por el entrevistador, el cuestionario consta de dos preguntas abiertas y treinta y dos de respuesta múltiple, usted deberá elegir la opción que mejor le parezca, en algunas de ellas deberá justificar su respuesta; todas sus respuestas serán registradas en el cuestionario.

La información que brinde es completamente confidencial, es importante que responda todas las preguntas, si tuviera alguna duda, usted puede interrumpir al entrevistador para que su duda sea aclarada.

Es afiliado al Seguro Social (IGSS): _____

Características sociodemográficas:

1. Identificación personal: _____

2. Edad: _____

3. Sexo:

3.1 Masculino

3.2 Femenino

4. Lugar de habitación:

4.1 Concepción Pinula

4.2 El Colorado

4.3 Contreras

4.4 El zapote

4.5 Las Nubes

4.6 Monte Redondo

- 4.7 El Socorro 4.8 El Carmen
 4.9 Joya de los Cedros 4.10 Río Frío

5. Religión:

- 1.1 Católica 5.2 Evangélica
 5.3 Otras especifique_____

6. Ocupación:

- 6.1 Agricultor 6.2 Jornalero
 6.3 Ama de casa 6.4 Comerciante
 1.5 Agente de seguridad 6.6 Oficinista
 6.7 Otros especifique_____

Accesibilidad geográfica

7 ¿Para llegar al Servicio de salud más cercano, en el camino usted debe pasar por alguno de los siguientes accidentes geográficos?

- 7.1 Cuenca hidrográfica 7.2 Barranco
 7.3 Cerro 7.4 Cuesta
 7.7 Otro especifique_____

8 ¿Para llegar al Servicio de salud más cercano, en el camino usted debe pasar por alguno de las siguientes?

- 8.1 Muro perimetral 8.2 Carretera
 8.3 Construcción privada 8.4 Otro
 especifique_____

9 ¿Cuál es la distancia que debe recorrer para llegar al Servicio de salud más cercano?

- 9.1 Menos o igual 1Km 9.2 1-5km
 9.3 5-10 km 9.4 Más de 10km

10 ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted sale de casa para llegar al Servicio de salud?

- 8.3 Menos de 60 minutos
 8.4 Más de 60 minutos

Accesibilidad económica

11. Ingreso económico

11.1 Menor al salario mínimo (menor a Q 1,996.24)

1

11.2 Salario mínimo (entre Q 1,996.24 y Q 2,171.75)

2

11.3 Mayor al salario mínimo (mayor a Q 2,171.75)

3

12. ¿Utiliza transporte colectivo para llegar al Servicio de salud más cercano?

12.1 Si

1

12.2 No

2

13. Si lo utiliza, ¿cuánto debe pagar?

13.1 Q 1.00 – Q 5.00

1

13.2 Q 6:00 – Q 10.00

2

13.3 Más de Q 10.00

3

14. ¿Respecto del tratamiento que le indican en el Servicio de salud después de la consulta?

14.1 Le brindan algunos

1

14.2 Debe comprar algunos

2

14.3 Le brindan todos

3

14.4 Debe comprar todos

4

15. Si usted debe comprarlo, ¿El costo que debe pagar es?

15.1 Menos de Q 20.00

1

15.2 Entre Q 20.00 – Q 40.00

2

15.3 Más de Q 40.00

3

16. ¿Respecto de los exámenes de laboratorio y de gabinete que le solicitan durante la consulta en el Servicio de salud?

16.1 Se los realizan de forma gratuita

1

16.2 Debe costearlos

2

17. Al realizarlos fuera, ¿el costo que debe pagar es?

- | | |
|-------------------------------|---|
| 17.1 Menos de Q 50.00 | 1 |
| 17.2 Entre Q 50.00 – Q 100.00 | 2 |
| 17.3 Más de Q 100.00 | 3 |

Accesibilidad cultural

18 ¿Al momento de recibir la atención en el Servicio de salud, usted prefiere ser atendido por?

- | | |
|----------------|---|
| 18.1 Hombre | 1 |
| 18.2 Mujer | 2 |
| 18.3 ¿Por qué? | |

19 ¿Cuando tiene problemas de salud, prefiere consultar a?

- | | |
|---|---|
| 19.1 Personal médico o paramédico | 1 |
| 19.2 Practicantes del Modelo Maya de Salud (comadrona, huesero, sobador, etc) | 2 |

20 ¿Cómo considera que es la aceptación que le demuestra el prestador del Servicio de salud en su trato personal?

- | | |
|----------------|---|
| 20.1 Buena | 1 |
| 20.2 Regular | 2 |
| 20.3 Mala | 3 |
| 20.4 ¿Por qué? | |

21 ¿Cómo considera que es la aceptación que le demuestra el prestador del Servicio de salud respecto de sus creencias?

- | | |
|----------------|---|
| 21.1 Buena | 1 |
| 21.2 Regular | 2 |
| 21.3 Mala | 3 |
| 21.4 ¿Por qué? | |

22 ¿Cómo considera que es la aceptación que le demuestra el prestador del Servicio de salud respecto de sus costumbres?

- | | |
|--------------|---|
| 22.1 Buena | 1 |
| 22.2 Regular | 2 |

22.3 Mala

3

22.4 ¿Por qué? _____

23 ¿Cómo considera la aceptación que usted le demuestra a la persona que le presta el Servicio de salud en su trato personal?

23.1 Buena

1

23.2 Regular

2

23.3 Mala

3

23.4 ¿Por qué? _____

24 ¿Cómo considera la aceptación que usted le demuestra a la persona que le presta el Servicio de salud respecto a sus creencias?

24.1 Buena

1

24.2 Regular

2

24.3 Mala

3

24.4 ¿Por qué? _____

25 ¿Cómo considera la aceptación que usted le demuestra a la persona que le presta el Servicio de salud respecto de sus costumbres?

25.1 Buena

1

25.2 Regular

2

25.3 Mala

3

25.4 Por qué? _____

Accesibilidad administrativa

26 ¿Cuentan en su comunidad con instalaciones adecuadas para prestar Servicios de salud?

26.1 Si

1

26.2 No

2

27 ¿Cuentan las instalaciones en donde prestan Servicios de salud con un espacio con privacidad para que le atiendan?

27.1 Si

1

27.2 No

2

28 ¿Cuentan las instalaciones en donde prestan Servicios de salud con una sala de espera en donde permanecer mientras le atienden?

- 28.1 Si

1

- 28.2 No

2

29 ¿Cuentan las instalaciones en donde prestan Servicios de salud con servicio sanitario?

- 29.1 Si

1

- 29.2 No

2

30 ¿El horario de atención del Servicio de salud al que acude es?

- 30.1 4 horas

1

- 30.2 8 horas

2

- 30.3 12 horas

3

- 30.4 Más de 12 horas

4

31 ¿Cómo considera el horario de atención del servicio de salud?

- 31.1 Adecuado

1

- 31.2 No adecuado

2

- 31.3 Por qué? _____

32 ¿El personal que atiende el Servicio de salud comprende?

- 32.1 1 médico y 1 enfermero

1

- 32.2 Varios médicos y varios enfermeros

2

- 32.3 Únicamente 1 enfermero

3

- 32.4 Varios enfermeros

4

33 ¿Considera que el personal del Servicio de salud es suficiente para atender a las personas que acuden?

- 33.1 Si

1

- 33.2 No

2

- 33.3 Por qué? _____

34 ¿El Servicio de salud al que acude, cuenta con equipo básico de atención?

34.1 Esfigmomanómetro	28.1.1	Si	1	28.1.2	No	2
34.2 Estetoscopio	28.2.1	Si	1	28.2.2	No	2
34.3 Termómetro	28.3.1	Si	1	28.3.2	No	2
34.4 Otoscopio	28.4.1	Si	1	28.4.2	No	2
34.5 Otros	28.5.1	Si	1	28.5.2	No	2

• **Anexo 2**



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA



Consentimiento Informado

Soy María Alejandra Monterroso Soberanis, estudiante de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala y estoy realizando un estudio para determinar los factores relacionados con la accesibilidad a los Servicios de salud en San José Pinula, al cual le invito a formar parte.

La información que usted me brinde será, absolutamente, confidencial, será manejada únicamente por mi persona, su participación es voluntaria y de ninguna manera afectará su integridad personal. La información que me brinde será de utilidad para proponer mejoras en la accesibilidad a los servicios de salud disponibles para usted, en el municipio.

Si está de acuerdo en participar para colaborar, marcaré con una X dentro del cuadro que corresponde a la casilla “sí estoy de acuerdo” y usted colocará su firma o huella digital en el espacio indicado

Si estoy de acuerdo

No estoy de acuerdo

Firma o huella digital del usuario _____

Si está de acuerdo en participar, procederé a realizarle una encuesta que consta de 29 preguntas sencillas, si tiene alguna duda podrá consultarme y le responderé de una manera clara. Usted puede o no responder todas las preguntas y en cualquier momento que desee retirarse del estudio podrá hacerlo. Al finalizar el estudio podrá conocer los resultados del mismo.

Agradezco su colaboración.

San José Pinula, _____

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada: “Accesibilidad a los Servicios de Salud” para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferencial que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.